

社会福祉法人 長岡福祉協会 長岡崇徳福祉専門学校  
令和5年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）

# 受講申込書

以下の全ての項目を黒のボールペン等消えないもので記入してください。

(選択肢がある項目については、該当する□にレ点を付けてください)

記入日	令和 年 月 日			
フリガナ				
氏名	(姓)		(名)	
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生	年齢	歳	
フリガナ				
受講者住所	〒 -			
電話番号	(自宅) - -		(携帯) - -	
履修を証明する 修了証書等	<input type="checkbox"/> 基本研修修了証明書（養成施設発行） <input type="checkbox"/> 実務者研修修了証明書 <u>* 修了証書のコピーを必ず添付してください。</u>			
所属先	(名称)			
	(住所) 〒 -			
	(電話) - -		(FAX) - -	
受講希望の 研修	<input type="checkbox"/> 第一号研修			
	<input type="checkbox"/> 第二号研修	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		

推薦状と合わせてお送りください。

研修機関記入欄	整理番号		決定 ・ 不決定
---------	------	--	----------

社会福祉法人 長岡福祉協会 長岡崇徳福祉専門学校  
令和5年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）

# 推薦状

記入日 : 令和 年 月 日

社会福祉法人 長岡福祉協会  
理事長 田宮 崇 様

住 所 :

設 置 主 体 :

事 業 種 別 :

施設・事業所名 :

施設長・  
事業所長 氏名 :

電 話 番 号 :

F A X 番 号 :

印

- ・ 下記職員の当研修の受講を、責任をもって推薦します。
- ・ 職員の受講が決定した際は、推薦状別紙に記載した「実地研修先」、「実地研修の指導看護師」が責任をもって実地研修を行います。
- ・ 本推薦状並びに下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

受講申込者氏名

氏 名

推薦状・推薦状別紙・指導看護師の看護師免許証(写)・指導看護師の講習会修了証書(写)・受講申込書・履修を証明する修了証書等(写)を合わせてお送りください。

【推薦状別紙】

実地研修先			
住 所	〒 ー		
設置主体			
事業種別			
施設・事業所名			
フリガナ			
実地研修担当者 役職・氏名	(役職)	(氏名)	
連絡先	(電話) ー ー	(FAX)	ー ー
実地研修先の 利用者の状況 (申込時)	口腔内の喀痰吸引	人	胃ろうによる経管栄養 人
	鼻腔内の喀痰吸引	人	腸ろうによる経管栄養 人
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	人	経鼻経管栄養 人

実地研修の指導講師			
フリガナ		所属先	
指導看護師 氏名		所属先 電話番号	ー ー
フリガナ		所属先	
指導看護師 氏名		所属先 電話番号	ー ー
フリガナ		所属先	
指導看護師 氏名		所属先 電話番号	ー ー

\* 上記指導看護師の看護師免許証及び、喀痰吸引等指導者講習もしくは医療的ケア教員講習会の修了証書のコピーを必ず添付してください。

研修機関記入欄	施設番号		整理番号	
---------	------	--	------	--