

## 喀痰吸引等研修受講申込書・調書 【1月開講コース】

ふりがな 氏名			性別	男・女	
			生年月日	西暦	年 月 日
現住所	〒 TEL 携帯 FAX E-mail				
保有資格			介護経験	年	
現在の勤務先	法人名		施設名		
	〒				
	TEL		FAX		
	事業所種類(例:特別養護老人ホーム)				
医療的ケアが必要な入居者の人数					
a.口腔内の喀痰吸引 ( ) 名					
b.鼻腔内の喀痰吸引 ( ) 名					
c.気管カニューレ内部の喀痰吸引 ( ) 名					
d.胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ( ) 名					
e.経鼻経管栄養 ( ) 名					
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話		<input type="checkbox"/> 勤務先電話		
受講決定通知書 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX		<input type="checkbox"/> 勤務先住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へFAX		
受講希望内容	<input type="checkbox"/> 講義・演習・実地研修(パンピック提携先) <input type="checkbox"/> 実地研修のみ		<input type="checkbox"/> 講義・演習・実地研修(勤務先等で実地研修)		
実地研修に関する調書					
希望取得行為と 希望実施場所	取得行為		実地研修実施場所		
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引		<input type="checkbox"/> パンピック提携先施設	<input type="checkbox"/> 就業先施設等	
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引		<input type="checkbox"/> パンピック提携先施設	<input type="checkbox"/> 就業先施設等	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引		<input type="checkbox"/> パンピック提携先施設	<input type="checkbox"/> 就業先施設等	
	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		<input type="checkbox"/> パンピック提携先施設	<input type="checkbox"/> 就業先施設等	
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		<input type="checkbox"/> パンピック提携先施設	<input type="checkbox"/> 就業先施設等	
就業先施設等 での実地研修	○就業先施設等で実地研修を希望する方は、下記の項目にお答えください。  就業先施設に「平成23・24年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者講習事業」における指導者講習を修了した医師、看護師、保健師、助産師及び上記指導者講習と同様の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？ □いる □いない  就業先に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？ □いる □いない  ※就業先施設の実地研修が可能な事業所は、「実地研修実施機関承諾書」「実習委託委託契約書」「実地研修に係る確認書」が別途必要となります。				
事務局記入欄					

〒450-0002

愛知県名古屋市中村区名駅4-3-10 東海ビル5F  
株式会社パンピック パンピックケアアカデミー

FAX:052-562-4168

TEL:052-562-4165