

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修（第 3 号）

実地研修課程（現場演習含む）[第 3 号研修]申込書（※受講者ごとに作成してください）

取りまとめ施設・事業所等名： _____

1 受講希望者について

(1) 受講希望順位

受講希望順位	位 / 人中
--------	--------

(2) 受講希望者

氏 名	生年月日（西暦）	性 別	基本研修の修了年月日
	/ /	男 ・ 女	平成 年 月 日修了

※ 修了証の写しを必ず添付してください。

2 実地研修について

特定の者の氏名	年齢	人工呼吸器 装着の有無 (どちらかに必ず ○をつけて下さい)	必要な特定行為（○印を記入してください）					実地研修の講師	
			喀痰吸引			経管栄養		講師の氏名	講師養成課程受講 の必要 ※
			口腔 内	鼻腔 内	気管 カニューレ 内	胃ろう ・ 腸ろう	経鼻		
	歳	有 ・ 無				滴下	半固形		有 ・ 無
	歳	有 ・ 無							有 ・ 無
	歳	有 ・ 無							有 ・ 無
	歳	有 ・ 無							有 ・ 無
	歳	有 ・ 無							有 ・ 無

※ 講師養成課程受講の必要「有」を選択した場合、講師になる者の講師養成課程の申込みを併せて行ってください。

※ 講師が複数名の場合は、各行為毎枠内に全員の名前をご記入ください。