

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修

実地研修 承諾書

平成 29 年 月 日

殿

実地研修先施設・事業所名： \_\_\_\_\_ ㊦

下記は、福岡県知事が麻生教育サービス株式会社に委託して実施する平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

記

施設・事業所名	
施設・事業所住所	
施設・事業所電話番号	
施設・事業所代表者名	
法人名	
研修担当者名	
実地研修実施行為 (実地研修実施行為に ○をつけてください)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器 (口鼻マスク) 装着者に対する手順)
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (通常手順)
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器 (口鼻マスク) 装着者に対する手順)
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (通常手順)
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器 (口鼻マスク以外のもの) 装着者に対する手順)
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (通常手順)
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (滴下)
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (半固形)
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

受講者施設・事業所記入欄	施設・事業所等名			
	登録特定行為事業者番号	※登録特定行為事業者の登録がない場合は、『医師の指示書』『家族の同意書』のご提出をお願いいたします。		
	受講者氏名①		受講 No.	
	受講者氏名②		受講 No.	
	受講者氏名③		受講 No.	
	受講者氏名④		受講 No.	
受講者氏名⑤		受講 No.		