

様式 4

株式会社アース  
介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）実地研修申込書  
FAX 047-311-8639

事業所名			
住所			
電話番号		FAX 番号	
E-mail		ご担当者	

実地研修者

氏名 \_\_\_\_\_ 基本研修受講年月日 \_\_\_\_\_

利用者氏名	人工呼吸器	利用者に必要な行為（実地研修予定の行為）		サービス種別
(フリガナ) -----	有 無	たんの吸引	経管栄養	介護保険 障害者自立支援法
		口腔・鼻腔・気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう・経鼻胃管	

氏名 \_\_\_\_\_ 基本研修受講年月日 \_\_\_\_\_

利用者氏名	人工呼吸器	利用者に必要な行為（実地研修予定の行為）		サービス種別
(フリガナ) -----	有 無	たんの吸引	経管栄養	介護保険 障害者自立支援法
		口腔・鼻腔・気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう・経鼻胃管	

氏名 \_\_\_\_\_ 基本研修受講年月日 \_\_\_\_\_

利用者氏名	人工呼吸器	利用者に必要な行為（実地研修予定の行為）		サービス種別
(フリガナ) -----	有 無	たんの吸引	経管栄養	介護保険 障害者自立支援法
		口腔・鼻腔・気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう・経鼻胃管	

氏名 \_\_\_\_\_ 基本研修受講年月日 \_\_\_\_\_

利用者氏名	人工呼吸器	利用者に必要な行為（実地研修予定の行為）		サービス種別
(フリガナ) -----	有 無	たんの吸引	経管栄養	介護保険 障害者自立支援法
		口腔・鼻腔・気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう・経鼻胃管	

実地研修指導者

(フリガナ) 指導者氏名					
所属事業所名					
連絡先住所	〒				
電話番号		資格		経験年数	
FAX 番号		指導者研修認定	あり なし		

\* 実施研修指導者（事業所）へは、別途、依頼書とチェックリストを送付します。チェックリストが返送され次第、修了書の発行し送付します。

\* 特定者欄が足りない場合は、コピーして全員分の記載をお願いします。