**平成25年度介護職員等喀痰吸引等京都府研修**

**受講申込書（介護職員等対象）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日・年齢 |
| 氏　名 | 印 | （西暦）　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 |
| 現在の勤務先  （必ず連絡のつく電話番号及び  ＦＡＸ番号を明記） | 法人名 | 施設名 |
| 現在の職名（職位） | 事務担当者名 |
| 所在地：〒 | |
| 施設TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX  携帯(差支えなければご記入ください) | |
| 現在の勤務先  (施設種別) | １．特別養護老人ホーム　　　　２．介護老人保健施設　３．有料老人ホーム　　　　　　４．認知症対応型グループホーム　５．障害者（児）福祉施設　６．訪問介護事業者  ７．訪問看護ステーション　８．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 保有資格  該当するもの全てに○ | １．介護福祉士　　２．ホームヘルパー　　３．介護支援専門員  ４．社会福祉士　　５．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 職　歴 | １.福祉職場の勤続年数  　（　　　　）年（　　　　）か月 | ２.現在の勤務先における勤続年数  　（　　　　）年（　　　　）か月 |
| 優先順位 | **／**人中 | |
| **実地研修**  **※必ず１～４全て記入すること** | １．実施研修の内容（ａ、ｂいずれかに○を付けること）  ａ．第１号：たんの吸引及び経管栄養の対象となる行為のすべてを行う類型  ｂ．第２号：たんの吸引(口腔内及び鼻腔内のみ)及び経管栄養(胃ろう及び腸ろうのみ)を行う類型  ２．実地研修の施設等名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３．実地研修の指導看護師等氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．上記指導看護師等の京都府指導者養成研修等の受講の有無（ａ～ｄのいずれかに○をつけること）  ａ.平成23年11月研修 　ｂ.平成24年8月2日・3日研修  ｃ.国指導者講習　　　　　d.平成25年6月17日・18日研修  ※実地研修の指導可能な者は、国指導者講習又は京都府指導者養成研修の修了者です。 | |