

喀痰吸引等研修 受講申込書

記入日 令和 年 月 日

1	フリガナ		男 ・ 女	生年月日・年齢	
	氏名			S・H 年 月 日生	
	介護経験	年 ヶ月		() 歳	
	受講者住所	〒			
	受講区分	☐ 第2号研修 希望する行為にチェック (4つまで)	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ☐ 経鼻経管栄養		
	勤務先	法人名			
		施設名			
		所在地	〒		
		TEL			
		E-mail			
		申込担当者			
※基本演習（演習） カリキュラムを終えているかチェックをして下さい。					
医療的ケアの種類【基本】			実施回数	チェック欄	
① 口腔内の喀痰吸引			5回以上		
② 鼻腔内の喀痰吸引			5回以上		
③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引			5回以上		
④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）			5回以上		
⑤ 経鼻経管栄養			5回以上		
⑥ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤による実施）			5回以上		
⑦ 救急蘇生法			1回以上		

2		項 目	対象者人数
対象者の 状況		口腔内の喀痰吸引	人
		鼻腔内の喀痰吸引	人
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	人
		胃ろうによる経管栄養	人
		腸ろうによる経管栄養	人
		経鼻経管栄養	人