

**介護職員等によるたんの吸引・経管栄養の実施のための研修  
実地研修実施登録申請書【第3期基本研修免除対象者コース】**

\*本登録申請書と合わせて、下記の添付書類を当協会事務局に提出してください。

◎締切期日：平成29年12月14日（木）

◎添付書類：・介護福祉士の登録証の写し

・【福祉系高校・養成施設等卒業者】

介護福祉士養成施設等の卒業証明書ならびに基本研修修了証明書の写し

・【実務者研修修了者】実務者研修修了証明書の写し

\*連絡担当者様あてに登録費の請求書と合わせて「実地研修の手引き」「実地研修指導者評価票」「実地研修実施機関承諾書」「実地研修に係る確認事項チェックシート」等をお送りいたします。

\*「実地研修実施機関承諾書」および「実地研修に係る確認事項チェックシート」については、実地研修の実施前にすみやかに、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

日本慢性期医療協会

会長 武久洋三 殿

下記の者について、喀痰吸引および経管栄養の実地研修の実施を申請いたします。

また、下記の者の登録が決定した場合には、当施設において実地研修を実施することを認めます。

平成 年 月 日

施設名

代表者職位

代表者氏名

印

フリガナ 登録者氏名（介護福祉士の氏名）	性別	実施する行為類型に☑
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引、 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引、 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引、 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう、 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

登録者所属施設名

住 所

(〒 - )

TEL.

FAX.

連絡担当者氏名

部署

E-mail.

(ブロック体でお願い致します)

\*実地研修は、厚生労働省や都道府県、登録研修機関による「指導者養成研修」を修了した指導看護師の指導に基づく必要があります。

指導看護師氏名：

役職

指導者養成研修（不特定多数の者対象）修了証明書番号（第

号）