

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業〈申込調書〉

送 信 先	フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会 担当 小清水、松田
連 絡 方 法	FAX 番号 045 (324) 8985 e-mail jimukyoku@kenshikyoku.jp
郵 送 先	〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡 4 番地 2 神奈川県社会福祉会館内

1 人 1 枚でお申し込み下さい。複数人数申し込みの場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい。

ふりがな		男・女	2011年 月 日現在
氏 名	印	(西暦) 年 月 日 (歳)	
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒 電話	F A X	
現在の勤務先等	1. 都道府県庁 (1-1 本庁 1-2 保健所 1-3 病院・診療所) 2. 訪問看護ステーション 3. 病院・診療所 4. 障害者(児)サービス事業所(サービス種別) 5. 障害者(児)施設(施設種別) 6. 特別支援学校 7. 保育所 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 有料老人ホーム 11. 認知症(高齢者)グループホーム 12. 医療系大学・療養所 13. その他(具体的に)		
保有資格(取得○)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 助産師 免許取得年月日(西暦) 年 月 日 免許番号: ※医師については医師免許を、看護師、保健師、助産師については看護師免許を記載。		
自宅等連絡先(複数可) ※連絡がとれる番号に☑	電話番号() FAX 番号() 携帯番号() <input type="checkbox"/> 携帯 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> E-mail:		
勤務先状況	事業所内の利用者状況 1. 口腔内吸引 人 2. 鼻腔内吸引 人 3. 気管カニューレ内吸引 人 4. 経鼻経管栄養法 人 5. 胃ろうよりの経管栄養法 人 6. 腸ろうよりの経管栄養法 人		
職 歴	a. 医師としての臨床等での実務経験数 ()年()カ月 b. 保健師、助産婦又は看護師としての臨床等での実務経験年数 ()年()カ月 c. 上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 ()年()カ月		

記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。

提出された文章については返却しませんので、予めご了承ください。