ＦＣ指導伝達Ｈ27.5 平成２７年４月７日



　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（第１回）**

**受講申込書　（FAX：０４５－３２４－８９８５）**

特定非営利活動法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日・年齢 | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 |
| 現在の勤務先 | 設置主体名 | 事業所名 |
| 所在地：〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 現在の勤務先の事業所種別 |  |
| 保有資格 | １．医師　　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師　　　該当○ |
| 免　許 | 取得年月日：（西暦）　　　　年　　　月　　　日免許番号：発行： |
| 職　歴 | 名　称 | 業務内容 | 従事期間（年月） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 指導の予定 | 　あり　　　なし | 指導先 | 　自事業所　　他（　　　　　　　　　） |
| 実地研修指導内容（該当を〇） | 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 |  |
| 指導講師のための主免許状の写しを添付して下さい。ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きのみに使用させて頂きます。 |