

介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修事業

【特定の者対象研修】受講申し込み

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	※	男女	生年月日(西暦)・年齢	
			※ 年 月 日 (歳)	
連絡先	自宅住所	※		
	自宅電話	※		
	携帯電話	※		
	メールアドレス ある方のみ			
勤務先	事務所 名称	※	事務所 所在地	※ [〒]
	電話番号	※	FAX番号	※
あなたがたん吸引等を実施 する特定の者(利用者)の数		※	人	内訳
			たん吸引	※ 人
			経管栄養	※ 人
◆留意事項	<p>実地研修までに、あなたがたん吸引等を実施する特定の者全員のかかりつけ 医等医師の指示書、特定の者(利用者)の同意書の提出が必要となります。</p>			
誓約事項	<p>私は、実地研修までに、たん吸引等の医療行為を実施しようとする特定の者(利用者) の①かかりつけ医等医師の指示書、②特定の者(利用者)若しくは保護者の同意書を 準備しておくことを誓約します。なお、これら必要書類の提出が出来ない場合には、 研修を中止しても異議を申し立てることはありません。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p>			

◆※印については全て記入をお願いします。

◆個人情報の取扱いについては、この研修のみ使用いたします。