

不特定基本研修 実地研修申請書

介護福祉士会確認欄

送付日： 年 月 日

締切：1月31日必着

受講生	受講生番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(印)	性別	男 ・ 女
施設又は所属事業所	施設又は事業所名 及び 代表者名	(印)		
	施設、事業所 住所	〒		
	電話番号		FAX 番号	
実地研修を実施する行為		該当行為欄に○印	実地研修予定の利用者人数(数字記載)	
口腔内の喀痰吸引			総数	人、 内自施設 人
鼻腔内の喀痰吸引			総数	人、 内自施設 人
気管カニューレ内部の喀痰吸引			総数	人、 内自施設 人
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(滴下)			総数	人、 内自施設 人
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(半固形)			総数	人、 内自施設 人
経鼻経管栄養			総数	人、 内自施設 人
指導者委託の有無 該当に○印		自施設又は自事業所指導者	指導者委託(同法人含む)	
看護師 <small>(担当看護師責任者は番号を○で囲む)</small>	1	フリガナ	3	フリガナ
		氏名		氏名
		施設、事業所		施設、事業所
	2	フリガナ	4	フリガナ
		氏名		氏名
		施設、事業所		施設、事業所

指導者委託の場合、自施設又は担当事業所で同席する看護職員

同席者	①	氏名	資格(該当に○印) 准看護師 ・ 看護師
	②	氏名	資格(該当に○印) 准看護師 ・ 看護師

【申請書提出時の留意事項】

- ・ 実地研修指導者全員の修了証書コピーを添付すること(添付のない指導者の評価は評価審査できない)。
- ・ 委託の指導者の場合、自施設又は担当事業所で同席する看護職員の免許証コピーを添付すること。
- ・ 実地研修は受講年度内に修了すること。
- ・ 行為を追加、キャンセルする場合、兵庫県介護福祉士会に連絡すること。

=送付先= 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター 5F  
一般社団法人 兵庫県介護福祉士会 喀痰吸引担当宛  
**実地研修申請書在中(朱書)**