

# 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：12月27日必着

受講生	受講生番号				
	フリガナ			生年月日	
	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(半固体)				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	4
		氏名		氏名	
	2	施設、事業所	4	施設、事業所	
		フリガナ		フリガナ	
		氏名		氏名	
指図者委託の場合、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		4
	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。・訪問系事業者は自事業所の指導者となる看護師と契約すること。
- ・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）**