令和３年度調布市福祉人材育成センター
第１回医療的ケア支援者養成研修（特定の者）申込書

令和　年　　月　　日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長　様

次のとおり、研修事業を受講したいので申込みます。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所属事業所名</td><td></td><td colspan="2">（所属事業所電話番号）</td></tr>
<tr><td>受講希望理由
（複数可）</td><td colspan="3">□資格を取得して就労したい
□現在の業務に役立てたい
□介護・障がいについて学びたい
□高齢者・障がい者（児）を支援したい
□地域の役に立ちたい
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>本研修をお知りになったきっかけ
（複数可）</td><td colspan="3">□市報　□ふくしの窓（社協広報誌）□人材センターホームページ
□ちらし・ポスター（場所：　　）
□知人の紹介　□その他（　　）</td></tr>
</table>

⇒　裏面もご記入ください

実地研修を実施予定の利用者の状況についてご記入ください

No	利用者の氏名	人工呼吸器装着		本研修で実施予定の利用者に必要な行為（〇をつけてください）					指導看護師の派遣事業所名（指導看護師資格の有無）
				たんの吸引			経管栄養		
1	フリガナ	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻胃管	（□有　□無）
2	フリガナ	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻胃管	（□有　□無）
3	フリガナ	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻胃管	（□有　□無）
4	フリガナ	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻胃管	（□有　□無）
5	フリガナ	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻胃管	（□有　□無）
6	フリガナ	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻胃管	（□有　□無）

※申請書にご記入いただいた個人情報は、本研修以外には使用いたしません。