

令和4年度調布市福祉人材育成センター  
第2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。

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

⇒ 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 (○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)
		有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・腸 ろう	経鼻胃 管	
1	フリガナ	有	無						(□有 □無)
2	フリガナ	有	無						(□有 □無)
3	フリガナ	有	無						(□有 □無)
4	フリガナ	有	無						(□有 □無)
5	フリガナ	有	無						(□有 □無)
6	フリガナ	有	無						(□有 □無)
7	フリガナ	有	無						(□有 □無)
8	フリガナ	有	無						(□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。