

(様式 1)

平成 年 月 日

第 3 号研修 (特定の者対象) 受講申込書 (個人用)

(基本研修 実地研修) ←該当するどちらかに

日本 ALS 協会 神奈川県支部

送付先:メールの場合 (PDF 添付): daihyo@als-kanagawa.org FAX の場合 045-330-6999

研 修 生 氏 名	自 宅 住 所 :〒							
	ふりがな : 氏 名 : (男・女) 印 生年月日・年齢: (西暦) 年 月 日生 ()歳							
勤 務 先	法人名	施設・事業所名						
	勤務先所在地:〒 TEL _____ FAX _____ e-mail _____ @ _____							
連 絡 先 と 方 法	<input type="checkbox"/> 上欄の勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅(複数記入可) TEL _____ FAX _____ e-mail _____ @ _____							
保 有 資 格 (該当の番号すべてに○)	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者(ホームヘルパー1級) 3. 介護職員初任者(ホームヘルパー2級) 4. 重度訪問介護従業者養成研修修了者 5. リハビリ関連職種() 6. その他 (具体的に)							
福 祉 関 係 経 験 年 数	a. 福祉関係勤続年数 年 ヶ月 b. 現在の勤務先勤続年数 年 ヶ月							
利 用 者 名 と 状 態、 行 う 行 為 (2名以上の場合は別紙に記入して提出ください)	利 用 者 氏 名	状 態(*1)	行 う 行 為 の 区 分 な ど(*2)					
	1.		①	②	③	④	⑤	⑥
	2.		①	②	③	④	⑤	⑥
	*1: 利用者の状態の区分(A~Fのうち1つだけを上の状態欄に記入) A:ALS患者 B:ALS以外の神経難病 C:神経難病以外の疾病 D:重度障害 E:高齢者 F:その他 *2: 行う行為の区分など(該当する番号すべてに○) 喀痰吸引 : ①口腔内のたん吸引 ②鼻腔内のたん吸引 ③気管カニューレ内のたん吸引 経管栄養 : ④胃ろう又は腸ろう ⑤経鼻経管栄養 人工呼吸器 : ⑥人工呼吸器を装着している							
指 導 講 師 名 (看護師等)	氏名	職 名 所 属						
実 地 研 修 実 施 機 関 名	事業所名							

◆ 氏名記入のご注意: この調書は「修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は住民票に則って正確に記入して下さい。また、氏名の漢字については特に注意してください。例えば「斎藤」には「斎」「齋」「齎」があり、住民票と異なる文字での「修了証」では、県から申請時に受領してもらえません。充分ご注意願います。

◆ 受講の期間中に、結婚等で名字が変わった方は必ず届出てください。

◆ 申し込みは、E-mail(pdf.添付) または FAX、郵送は原本送付の場合のみとします。