

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 : _____ (印) _____ (男 ・ 女) 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 行 う 行 為 (利用者1名毎 に申込書を作 成し提出して ください。)	利 用 者 氏 名	状 態(*1)	行 う 行 為 の 区 分 な ど(*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(下の事項で該当する番号について、すべて上の表の番号に○を付ける) 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おり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「斉藤」には「斉」「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。充分ご注意ください。
- ◆ 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。