

喀痰吸引等研修 参加申込書

[申込先]

青葉区医師会

〒225-0015

横浜市青葉区荏田北3-8-6

Tel: 045-910-2280

喀痰吸引等研修に、次のとおり申し込みます。

申込日 年 月 日

受講希望者	氏名	印
	生年月日	
	住所	〒
	所属事業所名	
	連絡先電話番号	
実地研修 協力者 (対象となる利用者)	氏名	
	生年月日	
指導者	氏名	
実地研修 実施機関	事業所名称	
対象となる喀痰吸引等の行為 (該当するものすべてに○)		
口腔内吸引(通常手順)		
口腔内吸引(人工呼吸器装着者:口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法)		
鼻腔内吸引(通常手順)		
鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者:口鼻マスク又は鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法)		
気管カニューレ内吸引(通常手順)		
気管カニューレ内吸引(人工呼吸器装着者:侵襲的人工呼吸療法)		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形タイプ)		
経鼻経管栄養		

○実地研修協力者(対象となる利用者)が複数名の場合は、氏名記載欄に「別紙のとおり」と記載し、「氏名」、「生年月日」、「対象となる喀痰吸引等の行為」の別紙一覧表を添付してください。