

研修修了確認申請書（不特定多数の者対象）

東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）について、修了を確認する文書の発行をしていただきたく、下記のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日	
申請者	(フリガナ) 氏 名	()
	生年月日	年 月 日
	実地研修を※ 修了した行為	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ☐ 経鼻経管栄養
	住 所	〒 ー
	連絡先 (電話番号等)	
現在の 勤務先	事業所名	
	住 所	〒 ー
	連絡先 (電話番号等)	
申請理由		
確認書送付先	※いずれかに○を付けてください。 1. 申請者現住所（自宅） 2. 現在の勤務先	

※「実地研修を修了した行為」欄は、研修を修了した該当行為に「✓」を記入して下さい。