

「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修」

実地研修申込書

| | | | |
|------|---|---|---|
| お申込日 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|

研修について

1. 喀痰吸引等研修の基本研修の修了していますか 修了済み 修了していない

2. 実務者研修の医療的ケアを受講済みですか 受講済み 受講していない

※上記のどちらかに該当しない場合は、基本研修からの受講となりますのでご注意ください

3. 実地研修場所をご自身で確保することができますか できる できない

4. 「できる」と回答され方は、法人名と施設名をご記入ください
 法人名または会社名 () 実地研修先事業所名 ()

※実地研修先を「ひなたケアカレッジ」に依頼する場合、お時間が掛かることをご了承ください

5. 希望する取得行為について、該当するものにチェックを入れてください

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

胃ろう又は腸ろうの方への経管栄養 経鼻経管栄養

※実地研修を「ひなたケアカレッジ」に依頼する場合、該当する利用者様の有無で実施できない場合があります
 ※人工呼吸器については、別途ご相談ください。

6. 請求書の送付先について、該当箇所にチェックを入れてください 自宅 会社

受講者情報

| | | | |
|------|---------|----|---------|
| ふりがな | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 氏名 | | 年齢 | 歳 |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 自宅住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | メールアドレス | @ | |

勤務先情報

| | | | |
|-------|------------|------|--|
| 勤務先 | | 電話番号 | |
| 勤務先住所 | 〒 - | | |
| 担当者氏名 | 担当者メールアドレス | @ | |

申し込み方法

・ 申込の際は必ず「基本研修修了証または実務者研修修了証のコピー」を添付してください

・ 申し込みはFAXまたはメールでお願い致します

Fax 052-414-7506 mail care-college@juju-g.co.jp



ひなたケアカレッジ

株式会社寿々

〒453-0863
 名古屋市中村区八社1丁目97
 Tel 052-414-7505