

令和 年 月 日

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2025 年 9 月 19 日・25 日（尾張旭）

ふりがな 氏名			性別	男 ・ 女
現住所	〒 ー TEL 携帯 TEL			
生年月日	年 月 日 生 () 歳			
現在の勤務先	法人名		施設名	
	施設所在地 〒 ー TEL FAX E-mail			
施設種別 ※該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. グループホーム 4. 訪問サービス 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他 ()			
実地研修対象者 ※該当するものに○	実地研修対象者の総人数 () 名 (資格取得希望項目) 1. たんの吸引（口腔内） 2. たんの吸引（鼻腔内） 3. 経管栄養（胃ろう・腸ろう） 4. たんの吸引（気管カニューレ内部） 5. 経鼻経管栄養 6. 人工呼吸器装着者の吸引（気管カニューレ内部） 7. 人工呼吸器装着者の吸引（口鼻マスク装着者の口腔内・鼻腔内）			
受講内容 ※該当するものに○	1. 基本研修及び実地研修 2. 実地研修のみ（すでに認定を持っている）			
実地研修について ※該当するものに○	1. 貴就労事業所にて実施（事業所に看護師がいる場合） 2. 他の訪問看護事業所に依頼する場合（下記情報を記入してください） ・事業所名 () ・住所 〒 ・電話番号 () FAX () ・担当者氏名 () 3. 指導看護師を弊社へ依頼する（費用別途必要。）			
上記に必要事項を正確に記入し F A X 又は郵送にてお申込みください。 F A X : 0 5 2 - 3 0 8 - 8 7 9 7 免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください。				