令和　　年　　月　　日

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2026 年 11 月 17 日・24 日（尾張旭）

ふりがな 氏名		性別	男　・　女
現住所	〒　　－ 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 〒　　－ 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ＦＡＸ又は郵送にてお申込みください。

ＦＡＸ：０５２－３０８－８７９７

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。