

令和 7年 月 日

喀痰吸引等研修受講申込書＜第三号研修（特定の者対象）＞

私は、以下のとおり有限会社トマトが主催の喀痰吸引等研修（第3号研修）受講を申し込みます。

ふりがな				性別
氏 名				男 女
生年月日	西暦	年 月 日	一部履行免除の有無	有 無
介護資格			介護経験年数	年 ヶ月
住 所	〒			
連絡先	電話・携帯		FAX	
勤務先名				
勤務先住所	〒			
連絡先	電話		FAX	
通知等の希望送付先		自宅 ・ 勤務先	郵送 ・ FAX	

＜実地研修対象者について＞

氏 名	実地内容（必要事項に○をつける）	家族同意	対象者住所
	吸引（口腔・鼻腔・気管切開）	有・無	
	経管栄養（経鼻・胃ろう又は腸ろう）		
氏 名	実地内容（必要事項に○をつける）	家族同意	対象者住所
	吸引（口腔・鼻腔・気管切開）	有・無	
	経管栄養（経鼻・胃ろう又は腸ろう）		

＜実地研修対象者に対する実地研修指導協力訪問看護事業所について＞

事業所名	住所・連絡先	担当看護師名	主治医の同意
			有 ・ 無

＜問い合わせ・郵送先＞

〒453-0815

名古屋市中村区北畑町3-27-1 有限会社トマト

TEL： 052-471-4790

FAX： 052-471-4791

担当 加藤

＜備考＞

利用者・医師・訪問看護ステーション等の協力が得られ、かつ本研修のカリキュラムが受講できる方。

申込書類を確認の上、受講可否通知を郵送またはFAXします。

受講料は受講日3日前までにお振込みお願いします。