

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 8 月 21 日・28 日（尾張旭）

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                   |    |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| ふりがな<br>氏名                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   | 性別 | 男 ・ 女 |
| 現住所                                                                                                                          | 〒 ー<br>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<br>〒 ー<br>TEL FAX<br>E-mail                                                                                                                                                 |    |       |
| 施設種別<br>※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<br>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<br>※該当するものに○                                                                                                         | 実地研修対象者の総人数 ( ) 名<br>(資格取得希望項目)<br>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）<br>4. たんの吸引（気管カニューレ内部） 5. 経鼻経管栄養<br>6. 人工呼吸器装着者の吸引（気管カニューレ内部）<br>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<br>※該当するものに○                                                                                                            | 1. 基本研修及び実地研修<br>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<br>※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）<br>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）<br>・事業所名 ( )<br>・住所 〒<br>・電話番号 ( ) FAX ( )<br>・担当者氏名 ( )<br>3. 指導看護師を弊社へ依頼する（費用別途必要。）                           |    |       |
| <p>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。</p> <p><b>F A X : 0 5 2 - 3 0 8 - 8 7 9 7</b></p> <p>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。</p> |                                                                                                                                                                                   |    |       |