喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込書・調書

2025年11月開催(オンライン)

TEL		ふりがな		사무리네		
現住所 TEL ※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。 件名は「オンライン3号申し込み○○(お名前)」でお願いします。 (Gmail からのメールが受信できるメールアドレスからお送りください。) 生年月日 年月日生()歳 施設名 施設所在地 〒一 TEL E・mail 1. 特別業護を人ホーム 2. 介護を人保健施設 3. グループホーム 4. 訪問サー ※該当するものに○ 5. 有料を人ホーム 6. 除害者施設 7. その他(※希望する日程に○ ※ 滋習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 実地研修対象者 ※該当するものに○ 2. たんの吸引(鼻腔内) 3. 経管栄養(胃るう・腸ろ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(気管カニューレ内部) 7. 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(気管カニューレ内部) 1. 基本研修及び実地研修 ※該当するものに○ 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) 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 〒	## TEL	氏名		性別	男・女	
現住所 ※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。 件名は「オンライン3号申し込み○○(お名前)」でお願いします。 (Gmailからのメールが受信できるメールアドレスからお送りください。 生年月日 年月日生())歳 法人名 施設名 施設所在地 〒 一 TEL FAX E・mail 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 ※該当するものに○ 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他(希望演習日 11月28日・12月9日・どちらでも可 ※希望する日程に○ ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 実地研修対象者 (資管取得希望項目) 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(可鼻マスク装着者の口腔内・鼻腔内) 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) ・ 貴親労事業所にて実施(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 〒	### ### ### ### #####################		〒 −			
現住所 ※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。 件名は「オンライン3号申し込み○○(お名前)」でお願いします。 (Gmailからのメールが受信できるメールアドレスからお送りください。 生年月日 年月日生())歳 法人名 施設名 施設所在地 〒 一 TEL FAX E・mail 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 ※該当するものに○ 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他(希望演習日 11月28日・12月9日・どちらでも可 ※希望する日程に○ ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 実地研修対象者 (資管取得希望項目) 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(可鼻マスク装着者の口腔内・鼻腔内) 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) ・ 貴親労事業所にて実施(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 〒	### ### ### ### #####################					
※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。	#お申し込み後「purchappi@gmail.com」までメールを送ってください。	現住所	TEL 携带 TEL			
生年月日 年 月 日 生 () 歳 法人名 施設名 施設名 施設名 施設所在地	年月日 年 月 日 生 ()歳 法人名 施設名 施設所在地 〒 - TEL FAX E-mail 1. 特別業護老人ホーム 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 () 2 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 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 (気管カニューレ内部) 7. 人工呼吸器装着者の吸引 (気管カニューレ内部) 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) 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 〒 ・ 世話番号 () 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。)		※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。			
生年月日 年 月 日 生 () 歳 法人名 施設名 施設名 施設名 施設所在地 〒 一 TEL FAX FAX E-mail 1. 特別養護老人ホーム	年月日 年 月 日 生 () 歳 法人名 施設名 施設名 施設所在地 〒		件名は「オンライン3号申し込み○○ (お名前)」でお願いします。			
接入名 施設所在地 〒	法人名 施設所在地		(Gmail からのメールが受信できるメールアドレスからお送りください。)			
施設所在地 〒 一 TEL FAX E-mail	施設所在地 〒 - TEL FAX E-mail 記種別 1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. グルーブホーム 4. 訪問サービス するものに〇 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他() 型演習日 11月28日 ・ 12月9日 ・ どちらでも可 ** 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 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 (只管カニューレ内部) 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) 構内容 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) 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。)	生年月日	年 月 日生 ()歳	:	
現在の勤務先	□動務先		法人名 施設名			
TEL E-mail 施設種別 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 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他(希望演習日 11月28日 ・ 12月9日 ・ どちらでも可 ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 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 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) 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 〒	TEL FAX E-mail 1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. グルーブホーム 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 (施設所在地			
 施設種別 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 ※該当するものに○ 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他(希望演習日 ※適習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 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4. たんの吸引(気管カニューレ内部) 7. 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○ 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) 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 〒 	Promail 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(現在の勤務先	〒 −			
施設種別 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 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他(2		TEL FAX			
※該当するものに○ 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他(希望演習日 ※希望する日程に○ 11月28日 ・ 12月9日 ・ どちらでも可 ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 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4. たんの吸引(気管カニューレ内部) 5. 経鼻経管栄養(人工呼吸器装着者の吸引(気管カニューレ内部) 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) 7. その他(1. 基本研修及の場に対しているの場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の場合の	11		E-mail			
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	11月28日 ・ 12月9日 ・ どちらでも可 ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 実地研修対象者の総人数 (施設種別	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			
 ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 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4. たんの吸引(気管カニューレ内部) 5. 経鼻経管栄養(したんの吸引(気管カニューレ内部)) で、人工呼吸器装着者の吸引(気管カニューレ内部) 大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○ 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) 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() 実地研修について ・住所 〒 	** 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします 実地研修対象者の総人数(※該当するものに○	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・腸ろ・ (素) (大たんの吸引 (気管カニューレ内部) 5. 経鼻経管栄養 (またんの吸引 (気管カニューレ内部) 7. 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) 1. 基本研修及び実地研修 (主要地研修のみ (すでに認定を持っている) 1. 貴就労事業所にて実施 (事業所に看護師がいる場合) (本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 〒	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) 構内容 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) 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。)	希望演習日	11月28日 ・ 12月9日 ・ どちらでも可			
実地研修対象者 ※該当するものに○ 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) 1. 基本研修及び実地研修 ※該当するものに○ 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) 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 〒	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)	※希望する日程に○	※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします			
実地研修対象者 ※該当するものに○ 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) ②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) 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 〒	# おものに○ 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) 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) 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 〒 するものに○ ・電話番号() FAX() 1 当者氏名() 3. 指導看護師を弊社へ依頼する(費用別途必要。)		実地研修対象者の総人数 () 名 (資格取得希望項目)			
 ※該当するものに○ 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) 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 〒 	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) 構内容 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) 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 〒 するものに○ ・電話番号(・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。)		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)			
 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) 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 〒 	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) 構内容 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) 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 〒 するものにつ ・電話番号(・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。)		4. たんの吸引(気管カニューレ内部) 5. 経鼻経管栄養			
受講内容 1. 基本研修及び実地研修 ※該当するものに○ 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) 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 〒	構内容 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) 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(・作所 〒 するものに〇 ・電話番号(・担当者氏名(・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。)		6. 人工呼吸器装着者の吸引(気管カニューレ内部)			
 ※該当するものに○ 2. 実地研修のみ(すでに認定を持っている) 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 〒 	するものに〇 2. 実地研修のみ (すでに認定を持っている) 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 〒 するものに〇 ・電話番号 () ・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。)		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)			
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(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 〒 するものに○ ・電話番号(・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。)	受講内容				
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() ・生所 〒	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 〒 するものに○ ・電話番号(・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。)	※該当するものに○				
・事業所名() 実地研修について ・住所 〒	 ・事業所名(・住所 〒 ・電話番号(1. 貴就労事業所にて実施(事業所に看護師がいる場合)			
実地研修について ・住所 〒	修について ・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。)		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)			
	・電話番号 () FAX () () (・担当者氏名 () () () () () () () () () (who to the second of the	・事業所名()	
New Months 2 and 2 and 3 and 3	・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。)	実地研修について	・住所 〒			
	・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。)	※該当するものに○				
	3. 指導看護師を弊社へ依頼する(費用別途必要。))	
	ァツ曲車頂ナボルに到すしてAVサル部(光にずむ中はサンチン)					
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。	こ必要事項を正確に記入しFAX又は郵达にてお申込みくたさい。ア・052-308-8797		•	٧١ _°		

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。