

喀痰吸引等研修受講申込書＜第三号研修(特定の者対象)＞

フリガナ				印	
氏 名					
住 所	〒				
連絡先	電話	— —	FAX or 携帯	— —	
	メールアドレス				
生年月日	昭和・平成	年	月	日()歳	性別 男・女
勤務先	名称				
	所在地	〒			
	電話	— —			
資格取得等	* 該当する箇所に○をつける 1.訪問介護職員(1級・2級・3級) 4.介護職員実務者研修(旧:介護職員基礎研修) 2.介護福祉士 5.介護職員初任者研修(旧:ヘルパー2級) 3.介護支援専門員 6.ガイドヘルパー(全身性・視覚障害) 7.その他()				

＜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	対象者居住地
	吸引 (口腔・鼻腔・気管切開)	有 ・ 無	
	経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)		
	吸引 (口腔・鼻腔・気管切開)	有 ・ 無	
	経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)		
	吸引 (口腔・鼻腔・気管切開)	有 ・ 無	
	経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)		

当研修機関以外の場合のみ記入 ＜実地研修対象者に対する実地指導協力訪問看護ステーションについて＞

事業所名	連絡先	担当看護師名	主治医の同意
			有 ・ 無

通知等の希望送付先	自宅 ・ 勤務先	郵送 ・ FAX
受講料	講義・演習 45,000円(別途テキスト代) ※テキストをお持ちの方は持参下さい。 実地研修90,000円(1回15,000円×6回分) (保険料込み、交通費別途徴収) 筆記試験不合格の場合は再試験料別途15,000円	

＜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。
- ◇申込みは連絡後、FAX又は郵送にて送付して下さい。
- ◇受講料は受講決定通知を確認の上、受講当日にお支払下さい。
- ◇補講・再試験及び実地研修の回数が変更になった場合は後日、料金を徴収又は返金する事もあります。(実地研修は6回分を先に徴収し修了後精算します。)
- ◇お問合せ・送付先

〒464-0067

名古屋市中種区池下1-11-21 サンコート池下7F ファミリー・ホスピス株式会社 名古屋支社 担当:事務局

電話 052-734-6571

FAX052-734-2031