

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2026年6月18日・26日（尾張旭）

| | | | |
|---|---|-----|-------|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 現住所 | 〒 ー 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 〒 ー 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。 | | | |