

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			
氏名			印
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) 2.介護福祉士 3.介護支援専門員 4.介護職員実務者研修(旧:介護職員基礎研修) 5.介護職員初任者研修(旧:ヘルパー2級) 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に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

名古屋市千種区池下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