令和　　　年　　　月　　　日

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2024年10月18日・25日（尾張旭）

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