

令和 年 月 日

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2026 年 2 月 20 日・27 日 (尾張旭)

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| ふりがな<br>氏名                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 性別 | 男 ・ 女 |
| 現住所                                                                                                         | 〒                  —<br><br>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<br>〒                  —                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |       |
|                                                                                                             | TEL                                      FAX<br>E-mail                                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| 施設種別<br>※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<br>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<br>※該当するものに○                                                                                        | 実地研修対象者の総人数（        ）名<br>（資格取得希望項目）<br>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）<br>４．たんの吸引（気管カニューレ内部）    ５．経鼻経管栄養<br>６．人工呼吸器装着者の吸引（気管カニューレ内部）<br>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<br>※該当するものに○                                                                                           | １．基本研修及び実地研修<br>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<br>※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）<br>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）<br>・事業所名（                                      ）<br>・住所 〒<br>・電話番号（                                      ）FAX（                                      ）<br>・担当者氏名（                                      ）<br>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F A X又は郵送にてお申込みください。<br><b>F A X : 〇 五 二 - 三 〇 八 - 八 七 九 七</b><br>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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |       |