

## 喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2026年3月開催（オンライン）

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
〒	—		
現住所	<b>TEL</b> <b>携帯 TEL</b> ※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。 件名は「オンライン3号申し込み〇〇（お名前）」をお願いします。 （Gmailからのメールが受信できるメールアドレスからお送りください。）		
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		
〒	—		
	<b>TEL</b>	<b>FAX</b>	
	<b>E-mail</b>		
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（ ）		
希望演習日 ※希望する日程に○	4月30日 ・ 5月12日 ・ どちらでも可 ※ 演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします		
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。 <b>FAX：052-308-8797</b> 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。			