

定員になり次第、締め切ります。

【申込先】 NPO法人 うりずん 喀痰吸引等研修事務局  
FAX: 028-665-7744

2024年度 喀痰吸引等研修 第三号研修(特定の者対象)

**「介護職員等基本研修」受講申込書**

※実地研修については、原則として所属する施設等において実施していただきます。

受講希望日	<input type="checkbox"/> 2024年6月24(月)・26日(水)	<input type="checkbox"/> 2025年2月26(水)・27日(木)
-------	--	--

1 受講希望者氏名等

(フリガナ) 氏名	生年月日	郵便番号・住所
		電話番号
( )	昭和 平成 年 月 日	〒 - TEL
保有資格		
<input type="checkbox"/> 吸引の様子を見たことがある。	※該当する□に✓を付けてください。	
<input type="checkbox"/> 注入の様子を見たことがある。		
<input type="checkbox"/> いずれも見なかった。		

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号)	
	事業所種別(例：生活介護、居宅介護)	
所在地	(郵便番号・住所) 〒	
連絡先	(電話番号)	(FAX番号)
	(メールアドレス)	
担当者氏名		

3 実地研修について

① 実地研修の予定はありますか ※該当する□に✓を付けてください。	
<input type="checkbox"/> 基本研修後にすぐに実地研修を行う予定あり ⇒ ② ③へ	
<input type="checkbox"/> 当面の間は実地研修の予定なし	
② 研修先はどちらですか ※該当する□に✓を付けてください。( )内に事業所名を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 所属施設・事業所	
<input type="checkbox"/> 同法人内の他の施設・事業所 ( )	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
③ 実地を指導する指導看護師がいますか ※該当する□に✓を付けてください。	
<input type="checkbox"/> いる ⇒ 下記へ <input type="checkbox"/> いない	
指導看護師名	
勤務先	

上記のとおり、喀痰吸引等研修(第三号研修)の受講を申し込みます。

2024年 月 日 施設長・事業所管理者名 \_\_\_\_\_