

定員になり次第、締め切ります。

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

2025年度 喀痰吸引等研修 第三号研修(特定の者対象)
「指導看護師養成研修」受講申込書

受講希望日	<input type="checkbox"/> 2025年6月25日(水)	<input type="checkbox"/> 2026年2月25日(水) 会場予約の関係で変更になる場合があります
※研修当日は介護職員等を対象とした喀痰吸引等研修の基本研修1日目と同時開催となります。基本研修2日目にオブザーバーで参加し、注入や吸引の演習を見学できます。	<input type="checkbox"/> 参加する	<input type="checkbox"/> 参加しない
1 受講希望看護師氏名等		
(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	看護師(正看護師としての実務経験3年以上)	

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号)
事業所種別(例: 居宅介護、保育園)	
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 指導にあたる介護職員等について(予定)

介護職員等	氏名	
	勤務先	
実地研修先	※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"/> 介護職員等の所属施設・事業所	
	<input type="checkbox"/> 介護職員等の所属する同法人内の他の施設・事業所 ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のとおり、喀痰吸引等研修(第三号研修)指導看護師養成研修の受講を申し込みます。

2025年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____