

定員になり次第、締め切ります。

【申込先】 NPO法人 うりすん 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24日（火）	
※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 _____