

定員になり次第、締め切ります。

【申込先】 NPO法人 うりづん 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）

「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"/> 2025年6月25（水）・27日（金） ※連続する2日間ではありませんのでご注意ください	<input type="checkbox"/> 2026年2月24日（火）・26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	〒 一 TEL
保有資格		
<input type="checkbox"/> 吸引の様子を見たことがある。 <input type="checkbox"/> 注入の様子を見たことがある。 <input type="checkbox"/> いずれも見たことがない。	※該当する□に✓を付けてください。	

2 勤務先事業所名等

事業所名		
	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 ⇒ ②③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。

2025年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____