

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
F A X : 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） <small>※連続する2日間ではありませんのでご注意ください</small>	<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	〒
		TEL
保有資格		
<input type="checkbox"/> 吸引の様子を見たことがある。 ※該当する口に✓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"/> いずれも見たことがない。		

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）	（F A X 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 ※該当する口に✓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 ※該当する口に✓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 ※該当する口に✓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 _____