

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  
2026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"/> 2026年6月24日 (水)	<input type="checkbox"/> 2027年2月24日 (水)
※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
<b>1 受講希望看護師氏名等</b>		
(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) (F A X 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"/> 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 ( )	

※受講料のお支払いについて  当日現金でお支払い  振込 (別途ご案内いたします)

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。

2026年 月 日 施設長・事業所管理者名 \_\_\_\_\_