

定員になり次第、締め切ります。

【申込先】 認定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)

「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"/> 2026年6月24 (水) ・ 30日 (火) ※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"/> 2027年2月24日 (水) ・ 25日 (木) ※会場予約の関係で変更になる場合がございます。
-------	---	--

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
()	昭和 平成 年 月 日	電話番号
保有資格		〒 - TEL
<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。		※演習のグループ分けの参考のために お伺いします。 <input type="checkbox"/> 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)	(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□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□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 ()	

※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) の受講を申し込みます。

2026年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____