

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）

## 「指導看護師養成研修」受講申込書

|                                                                                |                                                   |                                        |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 受講希望日                                                                          | <input checked="" 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 |
| 1 受講希望看護師氏名等                                                                   |                                                   |                                        |                                |
| (フリガナ)<br>氏 名                                                                  | 生年月日                                              | 郵便番号・住所<br>電話番号                        |                                |
| ( )                                                                            | 昭和 平成<br>年 月 日                                    | 〒<br>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□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（募集要項を参照ください）

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 \_\_\_\_\_