

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	☐ 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。	☐ 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 電話番号
()	昭和 平成 年 月 日	〒 - TEL
保有資格		
☐ 吸引の様子を見たことがある。 ☐ 注入の様子を見たことがある。 ☐ 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。 ☐ 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。
☐ 基本研修後にすぐに実地研修を行う予定あり ⇒ ② ③へ		
☐ 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。
☐ 所属施設・事業所		
☐ 同法人内の他の施設・事業所 （ ）		
☐ 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。
☐ いる ⇒ 下記へ ☐ 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（募集要項参照ください）

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 _____