

NPO法人暖(のん)「介護職員などによる喀痰吸引等研修(第3号研修)」 受講申込書

【申込者】

法人名		事業所名	
所在地	〒	電話番号	
		FAX番号	
代表者氏名	職印	事務担当者氏名	

表記について、下記の者を受講者として申し込みます。

記

【受講対象者】

※募集定員を超過した場合、受講できないことがありますので、受講の優先度が高い対象者順にリストを作成してください。

優先 順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)		受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所○等をご記入ください)								合計 金額		
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	お名前、ご住所は住民票等に記載 されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円 基本研修及びシミュレータ演習		利用者氏名	実地研修		指導看護師の有無					
			受講 希望日	全課程		喀痰 吸引	経管 栄養	有 (自法人)	有 (他法人)	無		指導看護師等	
例	① けんしゅう あゆみ ② 研修 歩 ③ 〒 京都市 ④ * * * * 年 * * 月 * * 日 (* *)		3/30 3/31	●	いろは	●		●			TEL: - FAX: - ○○訪問看護ステーションTEL:***- **** FAX:***-****	42,000	
					にほへ		●	●		○○病院 ○○医師 TEL:***-**** FAX:***-****			
					とちり	●	●		●				
					ぬるを	●	●			●	TEL: - FAX: -		
1	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)		3/30 3/31								TEL: - FAX: -		
2	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)		3/30 3/31								TEL: - FAX: -		

優先 順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)			受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所には○等をご記入ください)							合計 金額
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	基本研修:10,000円			実地研修:利用者1名につき、自法人0円、他法人・無10,000円				指導看護師の有無		
		基本研修			利用者氏名	実地研修		指導看護師の有無			
お名前、ご住所は住民票等に記載されているものをご記入ください。	受講希望日	全課程	第3希望	喀痰吸引		経管栄養	有(自法人)	有(他法人)	無	指導看護師等	
3	①	3/30 3/31							TEL: - FAX: -		
	②								TEL: - FAX: -		
	③ ㊦								TEL: - FAX: -		
	④ 年 月 日 (歳)								TEL: - FAX: -		
4	①	3/30 3/31							TEL: - FAX: -		
	②								TEL: - FAX: -		
	③ ㊦								TEL: - FAX: -		
	④ 年 月 日 (歳)								TEL: - FAX: -		
5	①	3/30 3/31							TEL: - FAX: -		
	②								TEL: - FAX: -		
	③ ㊦								TEL: - FAX: -		
	④ 年 月 日 (歳)								TEL: - FAX: -		
6	①	3/30 3/31							TEL: - FAX: -		
	②								TEL: - FAX: -		
	③ ㊦								TEL: - FAX: -		
	④ 年 月 日 (歳)								TEL: - FAX: -		

【備考】

※実地研修を実施するにあたり、次の書類が必要となりますので、あらかじめ準備をお願いします(受講決定後に提出)。

①主治医による指示書コピー ②喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書コピー

※提出いただいた書類については、返却しませんので、あらかじめご了承ください。