

喀痰吸引等研修受講申込書

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、ジャパンホームケアスクール主催 喀痰吸引等研修に受講を申し込みます。

| | | | | | |
|--|---|--------------------|--|--|-------|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 生年月日 | | 免除科目※ |
| | | 男・女 | 昭和・平成 | 年 月 日 | 無・有 |
| 住所 | 〒 | | | 所持資格 | |
| 連絡先 | | 実務者研修 | 医療的ケア <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講していない・受講予定 | | |
| 電話・FAX | | Eメール | | | |
| 申込コース | 月コース (第 回 月 日開講) | 申込研修 ※✓をつけてください | <input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第1号研修(実地のみ) | <input type="checkbox"/> 第2号研修(科目) <input type="checkbox"/> 第2号研修(科目実地のみ) | |
| 希望取得行為 ※✓をつけてください | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 | | | | |
| ご希望の受講決定通知案内手段について、ご記入してください。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX (FAX番号:) <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へFAX (FAX番号:) | | | | | |
| 受講決定の場合のテキストについて、ご記入ください。 | | | | | |
| 使用するテキスト: 中央法規刊 新版『介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト』 税込2,420円 <input type="checkbox"/> 事前に自身で購入する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入し、研修開講日に会場で受け取る <input type="checkbox"/> 購入しない(実地研修のみ) | | | | | |

人工呼吸器装着者への喀痰吸引について

| | | |
|--|------|-------|
| 侵襲的人工呼吸器療法による気管カニューレ内部の喀痰吸引 (別途 税込27,500円) | 希望する | 希望しない |
|--|------|-------|

申込者勤務先について

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|---|-----------------|---|-----------------------|---|------------------------|---|---------------|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 離職中 ※在職中に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた方は下記項目をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 種別 ※✓をつけて下さい | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者(児)施設等・訪問系サークル <input type="checkbox"/> その他(| | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | FAX番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先の利用者状況 | <table border="1"> <tr> <td>口腔内の喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>経鼻経管栄養を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器装着者への喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> </table> | | 口腔内の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | 鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | 気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方 | 名 | 経鼻経管栄養を必要とする方 | 名 | 人工呼吸器装着者への喀痰吸引を必要とする方 | 名 |
| 口腔内の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方 | 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 経鼻経管栄養を必要とする方 | 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 人工呼吸器装着者への喀痰吸引を必要とする方 | 名 | | | | | | | | | | | | | |

※ご注意

- ①上記に必要事項を正確に記入し、本校へ提出、郵送またはFAX(052-746-9972)でお申し込みください。
(勤務先で複数とりまとめたの送付も可能です)
- ②免除科目がある方は、修了証明書の写しも同封してください。 ※実務者研修(医療的ケア)受講済の方は講義・筆記試験が免除になります。