

申込書記入日：令和 年 月 日

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		性別	生年月日		免除科目※
氏 名		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 ☐ 受講済 ☐ 受講していない・受講予定	
電話・FAX			Eメール		
申込コース	第 回 (月 日 開講)	申込研修 ※✓をつけてください	☐ 第1号研修 ☐ 第1号研修(実地のみ)	☐ 第2号研修(科目) ☐ 第2号研修(科目実地のみ)	
希望取得行為	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引				
※✓をつけてください	☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ☐ 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。					
☐ 自宅へ郵送 ☐ 自宅へFAX (FAX番号:)					
☐ 勤務先へ郵送 ☐ 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					
☐ 事前に自身で購入する ☐ 主催者を通じて購入し、研修開講日に会場で受け取る ☐ 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

☐ 在職中 ☐ 離職中 ※在職中に✓を入れた方は下記項目をご記入ください。			
法人名			
種別	☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健 ☐ グループホーム		
※✓をつけて下さい	☐ 有料老人ホーム ☐ 障害者(児)施設等・訪問系サービス ☐ 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	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

上記に必要な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送付も可能です)