

申込書記入日：平成 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 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( 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『介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト』 税込2160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27,000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	<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	
※✓をつけて下さい	<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	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)
- 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。