

介護職員等による喀痰吸引等研修（第3号研修） 受講申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな				男・女	生年月日・年齢			
氏名					S・H	年	月	日生 () 歳
連絡先	自宅住所	〒 —						
	自宅電話			携帯電話				
勤務先	法人名 施設名							
	所在地	〒 —						
	電話番号			F A X				
利用者氏名				かかりつけ医 の承認	有 ・ 無			
受講内容 ※希望する 行為に○印	口腔内の喀痰吸引						実地 研修 受講料	10,000 円
	鼻腔内の喀痰吸引							10,000 円
	気管カニューレ内部の喀痰吸引							20,000 円
	胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養							10,000 円
	経鼻経管栄養							10,000 円
受講料	基本研修	20,000 円	合計		円			
	実地研修	円	令和 年 月 日に 下記口座に振り込みます。					
	テキスト代	2,000 円						
	保険代	2,000 円						

* テキストは、ここ

https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_07/houkatsu_07_5_14.pdf からダウンロードしていただいても構いません。

* 振込先 *

遠賀信用金庫 岡垣支店

(普) 口座番号：1179283 名義：特定非営利活動法人 にこり 理事長 松丸実奈

* 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、準備をお願いします。

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

* 問い合わせ先 *

小児のヘルパーステーション にこり

〒811-4233 福岡県遠賀郡岡垣町野間3丁目4番24号

TEL&FAX 093-282-5810

受付日	令和	年	日	日	
受付番号					
研修日時	令和	年	日	日	
	令和	年	日	日	

