

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		FAX				
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	
	喀痰吸引等実地研修終了証明書発行のみ (他機関で実地研修実施の場合)					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。				
	テキストコピー代	2,000 円					
	保険代	5,000 円					

テキスト

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaigosyokuin/text.html

↑こちらからコピーして持参された場合はテキスト代は発生しません。

振込先

遠賀信用金庫 岡垣支店

(普) 口座番号：1184472

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

・基本研修で筆記試験が再試験となった場合は、2週間後に再試験となります。（別途再試験代10,000円）

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:093-282-5810 FAX:093-863-0331

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



