

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	〒 -			
	電話番号		メールアドレス		
勤務先	法人名 施設名				
	所在地	〒 -			
	電話番号		FAX		

※基本研修

希望する箇所に○印		基本研修	20,000 円	合計 _____ 円
		テキスト コピー代	3,000 円	

・基本研修で筆記試験が再試験となった場合（正答率が9割未満）2週間後に再試験となります。

（別途再試験代2,000円）

基本研修実施場所：〒811-4233 福岡県遠賀郡岡垣町野間3丁目4番24号

テキスト

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

2 喀痰吸引等研修テキスト（第3号研修） 厚生労働省

↑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。

※実地研修

利用者氏名			かかりつけ医 の承認	有 ・ 無	
実地研修 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		10,000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	実地研修保険代金	2,000 円	合計 _____ 円		

振込先 （受講決定の連絡後、振込を宜しくお願い致します。）

遠賀信用金庫 岡垣支店

（普）口座番号：1175433

名義：合同会社三本松 代表社員 松丸 実奈

備考※必ずお読みください

・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

・基本研修のみ受講の場合は保険代は不要です。利用者氏名の記載も必要ありません。

・ご記入いただいたメールアドレスに事前視聴動画を送付します。

問い合わせ先

合同会社三本松 小児の訪問看護ステーションにこり

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	

