

「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

【申込者】

法人名		事業所名	
所在地	〒	電話番号	
		FAX番号	
代表者氏名	職印	事務担当者氏名	

表記について、下記の者を受講者として申し込みます。

記

【受講対象者】

※募集定員を超過した場合、受講できないことがありますので、受講の優先度が高い対象者順にリストを作成してください。

優先順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)		受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所には○等をご記入ください)										1冊:2,000円		合計金額		
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	お名前、ご住所は住民票等に記載されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円			実地研修:1利用者につき、自法人0円、他法人・無10,000円					指導看護師の有無		テキスト				
			受講希望日	全課程	演習希望グループ 第1希望 第2希望 第3希望	利用者氏名	実地研修 喀痰吸引	経管栄養	有(自法人)	有(他法人)	無	指導看護師等	要	不要			
例	① けんしゅう あゆみ ② 研修 歩 ③ 〒 京都市 ④ **** 年 ** 月 ** 日 (** 歳)		11/17	●	①	②	③	いろは	●		●			TEL: - FAX: - 〇〇訪問看護ステーション TEL:****-**** FAX:****-****	●		44,000
1	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)													TEL: - FAX: -			
2	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)													TEL: - FAX: -			

優先順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)		受講希望内容等(必要事項及び該当する箇所には○等をご記入ください)										1冊:2,000円		合計金額		
	①ふりがな ②お名前 ③ご住所 ④生年月日	お名前、ご住所は住民票等に記載されているものをご記入ください。	基本研修:10,000円			実地研修:1利用者につき、自法人0円、他法人・無10,000円					指導看護師の有無		テキスト				
			受講希望日	全課程	演習希望グループ 第1希望 第2希望 第3希望	利用者氏名	実地研修 喀痰吸引	経管栄養	有(自法人)	有(他法人)	無	指導看護師等	要	不要			
3	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)													TEL: - FAX: -			
4	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)													TEL: - FAX: -			
5	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)													TEL: - FAX: -			
6	① ② ③ 〒 ④ 年 月 日 (歳)													TEL: - FAX: -			

【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、あらかじめ準備をお願いします(受講決定後に提出)。

※提出いただいた書類については、返却しませんので、あらかじめご了承ください。