

「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	(メールアドレス)

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○等をご記入ください)										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						1冊:2,000円			
			基本研修	演習希望グループ			利用者氏名	実地研修		指導看護師の有無				テキスト			
希望日	全課程	第1希望	第2希望	第3希望	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 きょうかい はなこ ② 協会 花子 ③ 〒 京都市 ④ **** 年 ** 月 ** 日 ( **		12/5	●	①	②	③	いろは	●		●			TEL: - FAX: - ○○訪問看護ステーション ○○ NS 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○等をご記入ください)											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:利用者1名につき、自法人0円、他法人・無10,000円					1冊:2,000円					
			基本研修		演習希望グループ			利用者氏名	実地研修		指導看護師の有無				テキスト			
			受講 希望日	全課程	第1 希望	第2 希望	第3 希望		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															TEL: - FAX: -		
	②														TEL: - FAX: -			
	③ 千														TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)														TEL: - FAX: -			
4	①														TEL: - FAX: -			
	②														TEL: - FAX: -			
	③ 千														TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)														TEL: - FAX: -			
5	①														TEL: - FAX: -			
	②														TEL: - FAX: -			
	③ 千														TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)														TEL: - FAX: -			
6	①														TEL: - FAX: -			
	②														TEL: - FAX: -			
	③ 千														TEL: - FAX: -			
	④ 年 月 日 ( 歳)														TEL: - FAX: -			

【備考】

(1) 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(受講決定後に提出できるようにご準備ください)。

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 ※提出いただいた書類は、返却しませんのであらかじめご了承ください。

(2) 実地研修の指導看護師が他法人である場合は、指導看護師料として受講者ごとに1利用者あたり10,000円をお支払いいただきますが、諸事情により一度も実地研修を実施することなく一旦研修を終了する場合は、指導看護師料を返金(※振込手数料は申込者負担)いたしますので、ご連絡をお願いします