2024 年 3 月 1 日

FAX：送り先 **03-6905-7840**　申込書（このまま FAX してください）

介護職員によるたんの吸引等医療的ケア研修(第 3 号研修)

仮 受講申込書

実地研修のみ申込用紙

お名前（フルネームでお願いします。ふりがなもお書き添えください）
ふりがな 受講者氏名： ※法人名にて領収書をご希望の場合には、その旨を記載して下さい。（　　）
受講者のご住所・連絡先（日中ご連絡がつく携帯電話等の番号をご記入ください）
住所：〒 生年月日： 電話番号：（日中連絡のつく連絡先・携帯電話等）：
所属事業所名：
所属事業所連絡先
住所：〒 担当者名： 電話番号・TEL：　　FAX：
実地研修実施先(ご利用者・対象者現場)
ご利用者氏名（　　）※ご利用者がいない場合は受講できません。 評価票お送りしますので必要行為をお教えください。 あてはまるものに〇をつけてください。 人口呼吸器使用　はい・いいえ 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ・胃ろう腸ろう（滴下・半固形）・経鼻経管
実地研修実施先の訪問看護事業所名・ご連絡先お電話番号
看護事業所名： 住所：〒 担当者名： 電話番号：