**令和７年度　第１回　介護職員等の喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書**

1. 希望する研修について (ご希望の研修に✓を入れてください。)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基本研修 ＋ 実地研修  （受講料等：36,080円） |  | 基本研修のみ  （受講料等：21,780円） |  | 実地研修のみ  (受講料：14,300円) |

２．受講を申込む事業所及び施設について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | | |
| 住　所 | 〒 | | |
| 代表者名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | |

３．受講希望者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　年 　月 　日 |
| 受講希望者氏名 |  |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 確認事項  **（チェック必須）** | * 私は、本研修にて知り得た個人情報に関し、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本研修修了後も継続するものとします。 | | |

４．　実地研修を行う「特定の利用者」について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |  | | |
| 利用者氏名 |  | | | |
| 実地研修指導看護師（利用者のかかりつけ医または看護師）の  氏名・保有資格・所属 | フリガナ |  | 保有資格 | | |  | |
| 氏名 |  |
| 所属事業所名 |  | | | | | |
| 事業所住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | |
| 謝金の支払先 | 法人　・　個人　← ○をつけてください。 | | | | | |
| 実地研修を  希望する  特定の行為  （該当する箇所に☑を入れてください。） | □ 口腔内の喀痰吸引 | | | □ 通常手順 | | | □ 非侵襲的人工呼吸療法 |
| □ 鼻腔内の喀痰吸引 | | | □ 通常手順 | | | □ 非侵襲的人工呼吸療法 |
| □ 気管カニューレ内部の吸引 | | | □ 通常手順 | | | □ 侵襲的人工呼吸療法 |
| □ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | □ 滴下 | | | □ 半固形栄養剤 |
| □ 経鼻経管栄養 | | | | | | |

公益財団法人介護労働安定センター愛媛支部長　様

上記の者を「介護職員等の喀痰吸引等研修（第三号研修）」の受講者として推薦します。

　令和　　年　　　月　　　日

施設・事業所名

管理者