

喀痰吸引等研修 受講申込書 (FAX : 097-547-8342)

□9日間コース ・ □4日間コース(実務者研修修了者 対象)

*受講希望の会場名、受講月を記入してください。

【お申込内容】 (*受講コースを塗りつぶしてください)		
9日間 コース	講義+演 習	□70,000円 (自施設での実地研修) □98,000円 (外部施設での実地研修)
4日間 コース	講義+演 習	□42,000円 (自施設での実地研修) □70,000円 (外部施設での実地研修)
*受講料に含ま れております。		実地研修賠償責任保険代(2,000円) 資料代・税込

	出前()会場希望
	大分校()月生希望

〒870-0127

大分市森町598-3 ライトハウス2階
ケアサポート学院 大分校
校長 片倉 孝子
TEL:097-547-8341
FAX:097-547-8342

* 本講座は、助成金の対象となる可能性があります。(労働局にお尋ねください)

施設名			
所在地	〒 -		
研修担当者様(役職名)氏名			
電話	-	-	FAX - -

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
住所	〒 - (住民票の住所をご記入下さい)		
メールアドレス		携帯番号	

認定状況	<input type="checkbox"/> 現在、特定認定行為業務従事者(経過措置)の認定を受けている <input type="checkbox"/> 特定(対象行為:) <input type="checkbox"/> 不特定(対象行為:) <input type="checkbox"/> 現在、特定認定行為業務従事者(経過措置)の認定を受けていない
利用者の状況	現在の職場での下記の特定行為が必要か、利用者数も併せて記載ください。 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引(利用者数: 名、人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引(利用者数: 名、人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引(利用者数: 名、人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(利用者数: 名) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養(利用者数: 名)
実地研修実施可否	実地研修については、原則として受講者の職場での実施を指導しております <input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施が可能である <input type="checkbox"/> 職場外での実地研修の実施協力を依頼したい <input type="checkbox"/> 実地研修の実施が困難である(理由:) <input type="checkbox"/> 職員以外の実地研修の受入れが可能である <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引事業者(登録特定行為事業者)である

※4日間コース(実務者研修修了者)は、座学の5日間が免除されますので、「実務者研修修了証明書」または、「基本研修修了証明書」を添えてお申し込みくださいますようお願い致します。