

## 第3号 喀痰吸引等研修（特定の者対象）実地研修申込書

(新たに実地研修を受ける場合は、こちらの申込書に記入しFAXでお申込みください。)

令和 年 月 日

事業所名

〒 \_\_\_\_\_

所在地

\_\_\_\_\_

研修担当者様氏名

\_\_\_\_\_

電話

FAX

\_\_\_\_\_

申込内容  利用者様1名につき 5,000円(税込み) \* 損害賠償保険加入料金を含む(利用者1名分: 2,000円)

損害補償保険保証期間は1年間となります。

指導看護師への指導料は訪問看護事業所へ直接お支払いください。

NO.	フリガナ 受講者氏名	受講生住所 (住民票の住所を記載)	フリガナ 利用者氏名	指導担当 訪問看護ステーション名	実地研修行為種別 (下記番号記入)	実地研修 予定月
						月予定
						月予定
						月予定
						月予定
						月予定
						月予定
						月予定
						月予定
						月予定

実地研修行為種別

- ①口腔内の喀痰吸引 ②口腔内の喀痰吸引(口鼻マスク呼吸器装着者) ③鼻腔内の喀痰吸引  
 ④鼻腔内の喀痰吸引(口鼻マスク呼吸器装着者) ⑤気管カニューレ内部の喀痰吸引  
 ⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ⑦胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)  
 ⑧胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形) ⑨経鼻経管栄養

実地研修追加お申し込みを受けましたら当校より「受付書」をFAXでご返送いたします。

「受付書」に記載しております口座に、受講料(利用者1名につき5,000円)をお振込みいただきますようお願い致します。

お申込み後、当校から指導先(訪問看護ステーションの管理者)へ「現場演習・実地研修指導評価の依頼書」を発送します。

日程・指導料の調整、研修時必要書類のご準備をお願い致します。

〒870-0127

大分県大分市森町598-3 ライトハウス2階

株式会社 GARYU ケアサポート学院 大分校 (担当: 高山)

TEL: 097-547-8341 FAX: 097-547-8342

E-mail: keasapo.oita@garyu-t.jp