

介護職員さんの吸引等研修（第3号研修）

実地研修申込書

（すでに基本研修を修了されている方が対象） 申込日： 年 月 日

ふりがな 氏名			生年月日	昭和/平成 年 月 日	
所属 事業所				担当者名	
事業所 連絡先	住所	〒 —			
	TEL/FAX	TEL : FAX :		e-mail	
基本研修 受講機関	特定非営利活動法人ひまわり事業団				
利用者名				研修 内容	☐ 口腔内吸引 ☐ 鼻腔内吸引 ☐ 気管カニューレ内吸引 ☐ 胃ろう又は腸ろう ☐ 経鼻経管栄養
実地研修 開始予定日	令和 年 月 日				
指導看護師 氏名			所属 事業所		
指導看護師 連絡先	TEL/ Email/				

- 受講料 2500 円（利用者 1 名につき）を、現金もしくは振込にてお支払いください。

※受講料の内訳（損害保険料 2000 円＋事務手数料 500 円）

〈お振込み先〉 静岡焼津信用金庫 小鹿支店 普通口座 0610801
口座名：特定非営利活動法人ひまわり事業団 理事 小久江寛

- 実地研修開始予定日までに、以下の必要書類を提出して下さい

- ①指導看護師履歴書および看護師資格証コピー
- ②実地研修の実施に係る指示書（主治医の指示書）
- ③利用者の同意書

- 指導看護師への謝金については、受講生の所属する事業所より直接お支払い下さい。

FAX : 054-287-4922

事務所	使用欄
	指導看護師書類
	主治医指示書
	利用者同意書
	受講料支払い確認
	実地研修修了