令和6年度　喀痰吸引等研修　医療的ケア教員講習会　受講申込書

受講料10,000円/人 テキスト代880円税込（希望者のみ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 男  女 | 昭和 ・ 平成  年　　　月　　　日 | 歳 |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 経験年数 | 看護勤務　　　　　　年　　　　ヶ月 | | | |
| 保有資格 | 医師　・　看護師　・　保健師  免許番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※保有資格の写しを添付してください。** | | | |
| テキスト | 「新版 喀痰吸引・経管栄養研修テキスト（指導者用）指導上の留意点とＱ＆Ａ」　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（880円税込）   * 購入する　　　　□　既に持っている（当日持参します）   該当箇所に☑を入れてください。  ・テキストは当日お渡しいたします。 | | | |
| 【勤務先】 | | | | |
| 法人名 |  | | | |
| 施設名 |  | | | |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  担当者氏名： | | | |
| 施設種別 | １介護老人福祉施設　　２介護老人保健施設　　３認知症対応型共同生活介護  ４特定入居者生活介護　５有料老人ホーム　　　６その他（　　　　　　　　　） | | | |

以上の記載に間違いはありませんので、講習会を申し込みます。

令和6年　　　月　　　日

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名（事業所名）

　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名（管理者）　　　　　　　　　　　　　　　㊞