

【第3号研修申込書】

久留米市西部障害者基幹相談支援センター 喀痰吸引等研修 係 行

(TEL:0942-27-2038)

〒830-0071 福岡県久留米市安武町武島468-2

原本を提出！
コピーを保管して下さい。

【施設・事業所所在地】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

印

【電話番号】

【連絡担当者名】

事業所印を押してください。

研修名 ※どちらかにチェック	☐ 全課程(基本研修+実地研修)	☐ 実地研修課程	
ふりがな	受講者の氏名・住所・生年月日・連絡先を記入をご記入ください。	性別	生年月日
氏 名		男・女	S ・ H 年 月 日
ふりがな			
住 所		(〒 -)	
連絡先		職種	

受講料	●基本研修(講義と演習):14,000円 ●実地研修(特定の者1名につき)3,000円
-----	--

※**実地研修の対象となる利用者(2名を超える利用者がある場合はこの用紙をコピーして添付してください)**

利用者名	種別(○をつけて下さい)		(氏名)
1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器) 2. 口腔内の喀痰吸引 3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器) 4. 鼻腔内の喀痰吸引 5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (着脱式コネクター) 6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (吸引用穴付きコネクター) 7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (閉鎖式) 8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下) 10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形) 11. 経鼻経管栄養 実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先 〒 TEL	1. 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器) 2. 口腔内の喀痰吸引 3. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器) 4. 鼻腔内の喀痰吸引 5. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (着脱式コネクター) 6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (吸引用穴付きコネクター) 7. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器) (閉鎖式) 8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 9. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下) 10. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形) 11. 経鼻経管栄養	実地研修を依頼した指導看護師名及び所属先 〒 TEL	(氏名) (所属)

※必ず原本を提出しコピーを保管して下さい。(方法:郵送又は来所)