

# 【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

【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】

|                   |                                         |                                 |
|-------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| 研修名<br>※どちらかにチェック | <input type="checkbox"/> 全課程(基本研修＋実地研修) | <input type="checkbox"/> 実地研修課程 |
| ふりがな              |                                         | 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い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)                        | 実地研修<br>を依頼した<br>指導看護師<br>名及び所属<br>先 | (所属) |
|      | 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)<br>〈着脱式コネクター〉    | 所属先住所                                | 〒    |
|      | 6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)<br>〈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)<br>〈閉鎖式〉         |                                      |      |
|      | 8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引                         | TEL                                  |      |
|      | 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                                |                                      |      |
| 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)                        | 実地研修<br>を依頼した<br>指導看護師<br>名及び所属<br>先 | (所属) |
|      | 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)<br>〈着脱式コネクター〉    | 所属先住所                                | 〒    |
|      | 6. 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器)<br>〈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)<br>〈閉鎖式〉         |                                      |      |
|      | 8. 気管カニューレ内部の喀痰吸引                         | TEL                                  |      |
|      | 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                                |                                      |      |

※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)