

ヒューマンケアスクール大分
たんの吸引等研修 受講申込書
 郵送またはFAX(097-529-7276)

事業所ご担当者様欄	施設名	
	所在地	〒 -
	部署・役職名	
	電話	
	FAX	

研修受講者欄	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所 (住民票の住所記入)	〒 -		
	電話番号		携帯番号	
	資格の所持 *該当する項目に○をつけてください	・ヘルパー2級 ・ ヘルパー1級 ・ 介護福祉士 ・ その他()		

認定状況	<input type="checkbox"/> 現在、特定認定行為業務従事者(経過措置)の認定を受けている <input type="checkbox"/> 特定 (対象行為:) <input type="checkbox"/> 不特定 (対象行為:) <input type="checkbox"/> 現在、特定認定行為業務従事者(経過措置)の認定を受けていない
利用者の状況	現在の職場での下記の特定期間が必要か、利用者数も併せて記載ください。 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引(利用者数: 名、人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(利用者数: 名) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養(利用者数: 名)
実地研修 実施可否	実地研修については、原則として受講者の職場での実施を予定しております <input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施が可能である <input type="checkbox"/> 職場外での実地研修の実施協力を取り付けている <input type="checkbox"/> 実地研修の実施が困難である(理由:) <input type="checkbox"/> 職員以外の実地研修の受入れが可能である <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引事業者(登録特定行為事業者)である。

【たんの吸引等研修 お申込内容】 * 申込内容の□にチェックをつけてください。()月生希望

□	講義(50h)+演習+所属施設で実地研修	¥68,000- (税込、テキスト代、損害賠償保険加入含む)
□	講義(50h)+演習+外部の施設で実地研修	¥93,000- (税込、テキスト代、損害賠償保険加入含む)
□	基本研修(演習)+所属施設で実地研修	¥33,000- (税込、テキスト代、損害賠償保険加入含む)
□	基本研修(演習)+外部の施設で実地研修	¥73,000- (税込、テキスト代、損害賠償保険加入含む)