

○受講者（介護職員）所属

令和 年 月 日

住 所			
施設・事業所の名称		⑩	
施設・事業所の長		⑩	
経営主体（法人）の名称			
担当者	氏 名		
	連絡先	TEL :	FAX :
登録喀痰吸引等事業者登録番号			

○受講者氏名

ふりがな	
氏 名	

○受講内容の選択

研修内容	料金
全過程：基本研修 ※特定の者に対し、初めて吸引等の行為を行う場合	<input type="checkbox"/> 基本研修 ¥35,000 円 ※テキスト代込み ※別途 損害保険料 ¥2,000 円
受講料（合計額）	<b>37,000 円</b>

○特定の利用者

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
実地研修で行う 医療行為の種別 に○を付けてく ださい。 （医師の指示書 に基づく）	<input type="checkbox"/>	口腔内喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/>	口腔内喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸装着者）	
	<input type="checkbox"/>	鼻腔内喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/>	鼻腔内喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸装着者）	
	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸装着者）	
	<input type="checkbox"/>	胃ろう・腸ろうによる経管栄養（滴下）	
	<input type="checkbox"/>	胃ろう・腸ろうによる経管栄養（半固形）	
<input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養		