ファミリーホスピス株式会社　名古屋支社　宛

令和　　年　　月　　日

喀痰吸引等研修受講申込書＜第三号研修（特定の者対象）＞

フリガナ			
氏　名	印		
住　所	〒		
連絡先	電話　　－　　－	FAX or 携帯　　－　　－	
	メールアドレス		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　）歳	性別	男 ・ 女
勤務先	名称		
	所在地	〒	
	電話	－　　－	
資格取得等	＊該当する箇所に〇をつける	4.介護職員実務者研修(旧:介護職員基礎研修)	
	1.訪問介護職員（1級・2級・3級）	5.介護職員初任者研修（旧:ヘルパー2級）	
	2.介護福祉士	6.ガイドヘルパー（全身性・視覚障害）	
	3.介護支援専門員	7.その他（　　）	

＜実地研修対象者について＞

氏　名	実地内容（必要事項に〇をつける）	家族同意	対象者居住地
	吸引　（口腔・鼻腔・気管切開）	有 ・ 無	
	経管栄養　（経鼻・胃ろう・腸ろう）		
	吸引　（口腔・鼻腔・気管切開）	有 ・ 無	
	経管栄養　（経鼻・胃ろう・腸ろう）		
	吸引　（口腔・鼻腔・気管切開）	有 ・ 無	
	経管栄養　（経鼻・胃ろう・腸ろう）		

当研修機関以外の場合のみ記入　＜実地研修対象者に対する実地指導協力訪問看護ステーションについて＞

事業所名	連絡先	担当看護師名	主治医の同意
			有 ・ 無

通知等の希望送付先	自宅　・　勤務先	郵送　・　FAX
受講料	講義・演習　45,000円（別途テキスト代） ※テキストをお持ちの方は持参下さい。 実地研修90,000円（1回15,000円×6回分） （保険料込み、交通費別途徴収） 筆記試験不合格の場合は再試験料別途15,000円	

＜備考＞

◇利用者・医師・訪問看護ステーション等の協力が得られ、かつ本研修のカリキュラムが受講できる方。

◇申込みは連絡後、FAX又は郵送にて送付して下さい。

◇受講料は受講決定通知を確認の上、受講当日にお支払下さい。

◇補講・再試験及び実地研修の回数が変更になった場合は後日、料金を徴収又は返金する事もあります。
（実地研修は6回分を先に徴収し修了後精算します。）

◇お問合せ・送付先

〒464－0067　名古屋市千種区池下1-11-21　サンコート池下7F　ファミリーホスピス株式会社　名古屋支社　担当:事務局

電話　052－734－6571　　FAX052－734－2031