

第3号実地研修申込書

送付日 年 月 日

ふりがな(必須) 受講者氏名 <small>修了証に載せる氏名と 生年月日です!必ず 住民票と同じものを!!</small>	年齢( )歳		□男 □女
	生年月日 S・H 年 月 日		
受講者情報	住所 〒		
	携帯電話		
勤務先事業所	事業所名	TEL	
	所在地 〒	FAX	
本研修の担当者	□受講者本人 □事業所→担当者名( )		
研修費請求宛先	□受講者本人 □上記勤務先事業所 □それ以外→(請求先 )		
請求書の 受け取り方法	<input type="checkbox"/> メール添付を希望(メールで申込された方は記載不要 それ以外の場合記載) ( @ ) <input type="checkbox"/> FAX送付を希望→ <input type="checkbox"/> 事業所FAX <input type="checkbox"/> それ以外(FAX番号 ) <input type="checkbox"/> LINEを希望(下記より友達登録して名前入りのメッセージを送信願います) <input type="checkbox"/> 郵送を希望(郵送先 → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 事業所 ※別途手数料110円を頂戴します)		
修了証の郵送先	□受講者本人 □上記勤務先事業所 □それ以外→(請求先 )		
経験の有無 <small>おおよそで結構です</small>	たん吸引経験 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~9回 <input type="checkbox"/> 10~49回 <input type="checkbox"/> 50回以上 経管栄養経験 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~9回 <input type="checkbox"/> 10~49回 <input type="checkbox"/> 50回以上		
実地研修指導者	<input type="checkbox"/> 実地研修の指導は下記の方に依頼し承諾を得ています →指導者承諾書が必要 事業所名 _____ 指導料: <input type="checkbox"/> 8000円 <input type="checkbox"/> 5000円 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> くりはら介護塾で実地研修をお願いします →指導者承諾書は不要 事前連絡願います		
ケアする特定の利 用者の情報 <small>※利用者も住民票と同 じ氏名を記載。修了証 に名前が入ります。</small>	氏名 _____ 年齢 _____ 歳(男・女) <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 施設 住所 _____ 電話 _____ 医療機関名 _____ 主な病名 _____ 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→事業所名 _____		
賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 賠償責任保険に加入します(590円) <input type="checkbox"/> 賠償責任保険は不要です		
実地研修を行う ケア項目	<input type="checkbox"/> 口腔内の吸引(マスク式人工呼吸器 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の吸引(マスク式人工呼吸器 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引(人工呼吸器 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうによる経管栄養( <input type="checkbox"/> 滴下・ <input type="checkbox"/> 半固形・ <input type="checkbox"/> 両方) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		

◆申込方法◆ 事前の予約は不要です。①~⑤をメール、FAX、LINEにてお送りください。

- ①本申込書       ②3号基本研修修了証または3号認定証  
 ③利用者同意書       ④主治医指示書       ⑤指導者承諾書(介護塾で指導の場合不要)

◎メールで送付

[kurihara123gou@gmail.com](mailto:kurihara123gou@gmail.com)



◎ファックスで送付

FAX 番号  
022-765-0977

◎LINE で送付

080-2566-8173

