

※郵送送付

【別紙1】

喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込書

記入日 年 月 日

受講者				
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生
住所				
電話番号(携帯可)		メールアドレス(携帯可)	@	
介護福祉士資格	有・無	基本研修の免除 (実地演習は除く)	有・無	「有」の場合は証明できる ものを添付すること
所属事業所等関係				
法人名				
事業所名				
所在地				
電話番号		FAX番号		
担当者名		役職		
対象者関係(申込時点)				
行為種別	A:喀痰吸引(口腔内) B:喀痰吸引(鼻腔内) C:喀痰吸引(気管カニューレ内部) D:経管栄養(胃ろう・腸ろう) E:経管栄養(経鼻)			
利用者氏名		医行為	A・B・C・D・E	
利用者氏名		医行為	A・B・C・D・E	
利用者氏名		医行為	A・B・C・D・E	
利用者氏名		医行為	A・B・C・D・E	
指導看護師				
ふりがな				
氏名				
所属				
電話番号(携帯可)				
指導看護師講習 受講の有無	有・無	受講経験がない場合はマザーライクにおいて指導看護師講習会を受講すること(受講料1回18,000円)		

<郵送先> 〒232-0052 横浜市南区井土ヶ谷中町 44-3 ライオンズマンションワイドリバー井土ヶ谷 102
株式会社マザーライク
電話番号 045-730-6520 FAX番号 045-716-0299