

別紙(1) 《Fax 097-544-1228》

平成28年度 介護職員等による吸引等(特定の者対象)研修会 3/4-3/5
受講申込書

平成 年 月 日

所属 _____

住所〒 _____

Tel _____

Fax _____

受講申込書

受講者 氏名	受講者 生年月日	受講者 現住所(住民票記載)	実地研修 行為種別 (*下記番号 で記入)	利用者氏名(担当訪問 看護ステーション)

- * ①口腔内の喀痰吸引 ②口腔内の喀痰吸引(口鼻マスク呼吸器装着者) ③鼻腔内の喀痰吸引
④鼻腔内の喀痰吸引(口鼻マスク呼吸器装着者) ⑤気管カニューレ内部の喀痰吸引
⑥気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)
⑦胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
(A:滴下による注入 B:半固形による注入/記入例:⑦A、⑦B、⑦AB)
⑧経鼻経管栄養

受講申し込みは2月20日(月)までにFAXしてください。

受講決定後に郵送にて関係文書を送付致します