

FAX
058-264-6848

令和元年度 喀痰吸引3号研修（実地研修）申込書

実施機関	(公財) 介護労働安定センター岐阜支所	受付日	*注: センター使用欄
事業所名	担当者 TEL		
法人名			
施設名 (事業所名)		代表者名	
住所	〒 —		
電話	— —	FAX	— —
指導看護師が 施設(事業所) 内の場合	指導看護師名		
指導看護師が 施設(事業所) 外の場合	指導看護師名	左記の看護師が 所属する施設 (事業所)名及び 代表者名	施設(事業所)名 代表者名
受講者人数	人 予定	対象となる 受講生の業種	(例 介護職 等)
その他	実地研修の行為(該当に○)		
	口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部・胃ろう・腸ろう・経鼻		
	実地対象者人数 名		
質問・連絡事項等あればご記入下さい(実地対象者数が2人以上の場合で、各対象者への行為内容が違う時は、必ずその旨を付記して下さい。例:Aさんは「口腔内と胃ろう」 Bさんは「口腔内・鼻腔内のみ」)			