

FAX 06-6606-8731

介護キャリアアカデミー 大阪校
かく痰吸引等研修 申込書 【基本研修】

申込日 年 月 日

フリガナ 氏名	
生年月日	西暦 年 月 日(歳)
住所 ※受講者様のご住所	〒
電話番号 ※受講者様のご連絡先	
申込み後の連絡先 ※振込の案内をお送り します	事業所名: 担当: 住所: FAX: TEL: メールアドレス:

【基本研修の申し込み内容】

基本研修の希望日	年 月 日
例) 基本研修1名・実地研修1名の場合 22,000円 + 3,000円 = 25,000円 (税別) ※振込金額は利用者数により変わります。 ※実地研修における看護師の講師を弊社に依頼される場合は、別途料金が必要となります。	
振込名義(本人と異なる場合)	

FAX 06-6606-8731

介護キャリアアカデミー 大阪校
かく痰吸引等研修 申込書 【実地研修】

申込日 年 月 日

◆ 注意事項（名前の記載）

研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

フリガナ 氏名	
生年月日	(歳)
住 所 ※受講者様のご住所	
電話番号 ※受講者様のご連絡先	
申込み後の連絡先 ※振込案内をお送りします	事業所名: 担当: 住所: 〒 FAX: TEL: メールアドレス:
振込名義人	

【実地研修の申し込み内容】※実地研修のみの場合、すでに基本研修を終了している方が対象

利用者様人数	()名	利用者様氏名	
看護師派遣 希望の有無	※いずれかに○ 有・無	必要行為	※必要な行為に○をつけてください () 口腔内の喀痰吸引 () 鼻腔内の喀痰吸引 () 気管カニューレ内部の喀痰吸引 () 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 () 経鼻経管栄養
基本研修	<input type="checkbox"/> 介護キャリアアカデミーで受講済 (年 月 日修了) <input type="checkbox"/> 他社で受講済 ⇒ 修了証のコピーを添付してください。		

受講料：実地研修のみ：3,000 円+消費税（受講生 1 名かつ利用者 1 名あたり）

※看護師は、厚生労働省が定める指導者養成研修事業修了または相当する知識、技能を有することが必要です。

※実地研修における看護師の講師を弊社に依頼される場合は別途料金が必要となります。

基本料金 10,000 円、以降一項目増えるごと 2,000 円増になります。但 2 時間以内に限ります。

（例：口腔内、胃ろう、気管カニューレの場合、10,000 円+2,000×2 円=14,000 円+消費税）

※実地研修には、対象利用者・主治医・看護師の同意が必要です。

※振込金額は利用者数により変わります。