年　　月　　日

喀痰吸引等研修（実地研修）申込書

株式会社オトキ宛 （FAX 06－6790－1169）

研修の種類等	介護職員等喀痰吸引等研修（特定の者対象）	
	実地研修（実施予定日　　年　　月　　日）	
受講者	ふりがな 氏　名	
	生年月日	西暦　　年　　月　　日
	現住所	〒　　※住民票通りご記入ください
	電話番号	
所属事業所	名　称	
	住　所	〒
	電話番号	
特定の者の氏名		実地研修内容
		喀痰吸引 （口腔　鼻腔　気管カニューレ） 経管栄養 （経鼻　胃ろう　腸ろう）
		喀痰吸引 （口腔　鼻腔　気管カニューレ） 経管栄養 （経鼻　胃ろう　腸ろう）

【必要書類】
・医師が発行する「介護職員等喀痰吸引等指示書」（コピー）
・訪問看護事業所が発行する「実地研修承諾書」（原本）
・介護事業所が作成する「実地研修実施説明書」（コピー）
・利用者が署名する「喀痰吸引等研修の実施に係る同意書」（コピー）

【他の研修機関で基本研修を修了した場合のみ必要な書類】
・研修機関が発行する「喀痰吸引等基本研修修了証」（コピー）※弊社で基本研修を修了した場合は不