

FAX : 0120-953-692

喀痰吸引等研修 申込書

必要事項をご記入ください

※ □ には、該当するものに「✓」を入れてください

株式会社ニッソーネット

福祉の教室 <介護・保育>

ほっと倶楽部

|        |                                  |       |         |
|--------|----------------------------------|-------|---------|
| 申込日    | 平成 ( )年 ( )月 ( )日                |       |         |
| フリガナ   |                                  |       |         |
| 氏名     |                                  |       | 印       |
| 親権者氏名  | 【未成年者のみ親権者の同意が必要です】<br>(続柄: ) ※2 |       |         |
| 親権者連絡先 | ご住所 〒 -<br>電話番号                  |       |         |
| 生年月日   | S・H ( )年 ( )月 ( )日               | 年齢    | 性別 男・女  |
| 現住所    | 〒( )-( )                         |       |         |
| 連絡先    | 自宅TEL                            | 携帯TEL |         |
|        | 携帯メール等                           |       | ( )@( ) |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |          |                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 支払 ※3、※4    | 支払方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> コンビニ振込 <input type="checkbox"/> 請求書<br>(請求書は法人のみ対応可) | 支払回数     | <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割<br>(法人の場合、一括払いのみ) |
| 振込用紙<br>送付先 | <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 法人 (法人へお送りする場合は下記にご記入ください)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |          |                                                                           |
|             | 法人<br>事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                                            | 〒( )-( ) |                                                                           |
|             | ご担当者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |          |                                                                           |
|             | TEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( )-( )-( )                                                                   | FAX      | ( )-( )-( )                                                               |
| 割引制度        | <input type="checkbox"/> 受講生・修了生割引 <input type="checkbox"/> 紹介割引(受講生・修了生・派遣スタッフ) 【紹介者名: _____】<br><input type="checkbox"/> ヤング割(10~20代の方) <input type="checkbox"/> シニア割(50代以上の方)<br><input type="checkbox"/> ファミリー割 【同時申込みのご家族様: _____】<br><input type="checkbox"/> ペア割 【同時申込みのご友人様: _____】<br><input checked="" type="checkbox"/> 上記割引の併用は不可です (期間限定キャンペーンとの併用は可能です) |                                                                               |          |                                                                           |
| 給付・割引<br>制度 | <input type="checkbox"/> 教育訓練給付制度 <input type="checkbox"/> 母子家庭等自立支援給付金                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                               |          |                                                                           |

ウラ面も記入下さい

- ※1 修了証は氏名欄の名前で発行されます。本人確認書類と同じ名前・同じ字体で記入下さい。
- ※2 未成年者は親権者の同意が必要です。  
 実地研修先紹介には1コース内に限度枠があり、申込順によりご希望に添えない場合があります。
- ※3 実地研修先を紹介する際の行為が何行為でも受講料の変更はありません。受講後に紹介が不要になっても、紹介なしコースとの差額返金はありません。
- ※4 ご案内する実地研修先によっては、胸部X線、検便、予防接種、研修備品購入等の費用が必要となる場合があります。(自己負担)
- ※5 法人申込の場合は公的給付金のご利用はできません。また、教育訓練給付・母子家庭等自立支援給付制度の規定によっては、希望コースが適用外になる場合があります。申請の手順も含め、必ず、申込前にハローワーク・各自治体へ詳細をご確認下さい。
- ※6 当校の基本研修には、「人工呼吸器装着者に対する研修」と、「半固形栄養剤による経管栄養の研修」は、含まれていません。

# ① ご希望の研修はどちらですか？ どちらかに☑

1号研修

実地研修において、①口腔内吸引、②鼻腔内吸引、③気管カニューレ内吸引、④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、⑤経鼻経管栄養の5行為全ての修了が必要です。

※1号研修は実地研修先の紹介はできません（ご自身の勤務先等での実施となります）

2号研修

実施研修において下記5行為のうち、1行為以上の修了が必要です。実施予定の行為について、チェックしてください。

口腔内吸引     鼻腔内吸引     気管カニューレ内吸引  
 胃ろう腸ろうによる経管栄養     経鼻経管栄養

# ② 実地研修はどちらで実施する予定ですか？ どちらかに☑

勤務先、勤務先と同法人の施設・事業所など

※「実地研修先の要件項目チェックシート」を全て満たしていることが必要です。別冊【実地研修先をご自身の勤務先等で実施する方】の書類一式をご提出ください。

紹介を希望する

※ 当社から紹介の場合は、2号研修の①口腔内吸引、②鼻腔内吸引、③胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型）の3行為セットとなります。（1行為単位の紹介は承っておりません）

※ 下記行為はご紹介できませんので、ご注意ください。

- ・気管カニューレ内吸引、経鼻経管栄養
- ・人工呼吸器装着者の吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ）
- ・半固形栄養剤の胃ろう腸ろう経管栄養

# ③ ご希望のコースをご記入ください。

開校コース

平成（      ）年（      ）月（      ）日 開校

教室：（      ）

# ④ 実務者研修の修了状況について

修了している

※科目免除が受けられます。修了証のコピーを提出してください

修了していない

※標準コースで1日目から9日目までの基本研修を受講要

# ⑤ 別途研修の受講をご希望ですか？

どちらかに☑

オプション（別途料金発生）で、半固形栄養剤の胃ろう腸ろう経管栄養の研修を受けられます。（通常では滴下型の胃ろう腸ろうとなります）

※実地研修先はご紹介できません。ご勤務先等での実施になります。

「実地研修先の要件項目チェックシート」を全て満たしていることが必要です。

する    希望コース：      年    月    日（      ）教室

【当お申込書と一緒にご提出ください】

- ①喀痰吸引等研修1号もしくは2号研修の修了証明書（別途研修のみをお申込みの方）
- ②別冊【実地研修先をご自身の勤務先等で実施する方】の書類一式

しない