

喀痰吸引等研修（第三号）

【特定の者対象】

受講生募集中



※受講をご希望の方はお気軽にお問い合わせください！

基本研修

実地研修

【基本研修】

- 日時 : 1日目 9:00~18:10
2日目 9:30~12:10
- 受講料: 25,000円 (税・教材費込)
- 場所 : マックシールスクール
池田市天神1丁目6番12号
サテライトオフィス天神2階



【実地研修】

- 受講料: 1項目 5,610円 (税込)
※別途事務手数料がかかります。

【対象者】

訪問系サービス事業所の介護職員等
のうち特定の重度障がい者等にたん
の吸引等を実施しようとする者



医療法人マックシール

マックシールスクール

URL / www.mcsyl.com

mail / school@mcsyl.com

お問い合わせ先



072-737-5230

平日9:00~17:00



McSYL School

喀痰吸引等研修(第三号)受講申込書

(基本研修 実地研修) ←該当する方に

マックシールスクール

【送付先】メールの場合(PDF添付): school@mcsyl.com FAXの場合: 072-737-5641

受講生 氏名	自宅住所: 〒 -		
	ふりがな:		
	氏名:		(男・女)
生年月日・年齢: (西暦) 年 月 日生 ()歳			
勤務先	法人名	施設・事業所名	
	勤務先所在地: 〒 -		
TEL _____ FAX _____			
連絡先	TEL _____ FAX _____		
	E-mail _____ @ _____		
保有資格 (該当の番号 すべてに○)	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者(ホームヘルパー1級) 3. 介護職員初任者(ホームヘルパー2級) 4. その他(具体的に)		
実地研修に 関して	利用者氏名	連絡先	住所
	(*) 行う行為(下の事項で該当する番号に○を付ける) 喀痰吸引 : ①口腔内のたん吸引 ②鼻腔内のたん吸引 ③気管カニューレ内のたん吸引 経管栄養 : ④胃ろう又は腸ろう ⑤経鼻経管栄養		
医療機関名	医療機関名	主治医氏名	連絡先
指導講師名 (看護師等)	訪問看護事業所名	担当看護師名	
実地研修 実施機関名	居宅介護支援事業所名	ケアマネージャー名	
この講座をどのようにしてお知りになりましたか？			
広告・ホームページ・知人、家族からの紹介 当法人職員 その他()			