年　　月　　日

喀痰吸引等研修 第1号研修 受講申込書･調書（第 期 月生希望）

ふりがな 氏名		性別	男･女
現住所	〒　－ TEL　　携帯TEL		
生年月日	年　月　日 生　（　　）歳	施設名	
現在の勤務先	法人名		
	施設所在地 〒　－ TEL　　FAX E－mail		
施設種別 ＊該当するものに○	1.特別養護老人ホーム　2.介護老人保健施設　3.グループホーム　4.訪問サービス 5.有料老人ホーム　6.障害者施設　7.その他		
保有資格 ＊該当するものに○	1.介護福祉士　2.介護職員基礎研程修了者　3.ホームヘルパー（　）級修了者 4.介護支援専門員　5.実務者研修（医療的ケア）修了者　6.その他（　　）		
職歴	福祉職場の経験年数　（　　）年（　　）ヶ月		
希望研修種別	□　第1号研修　　□　第1号研修の実地研修のみ □　補習（追加演習）：実務者研修修了者の実地前補習 □　人工呼吸器装着者の喀痰吸引 □　喀痰吸引等研修の一部修了（＊希望する研修にのどちらかに ○：演習/第1号実地）		
勤務先の医療ケアを必要とする利用者の件数	喀痰吸引に関する項目	経管栄養に関する項目	
	口腔　　名　　気管カニューレ　　名	胃ろう　　名	
	鼻腔　　名　　人工呼吸器　　名	経鼻　　名	

①就労先施設等での実地研修を希望しますか？
　1.希望する　　2.希望しない⇒以後の質問に回答不要
②就業先施設に厚生労働省で平成23･24年度に実施された介護職員等によるたんの吸引等の
　実施のための指導者講習を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか。
　または上記指導者講習と同様の内容の講習として都道府県で実施された講習等を修了した
　医師、看護師、保健師、助産師がいますか。
　1．いる　　2．いない
③就業先に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？
　1．いる　　2．いない

＊就労先の施設の実地研修が可能な事業所は「実地研修実地機関承諾書」「実地研修委託契約書」
「指導者の資格証及び履歴書の写し」をご提出いただきます。

＊必ずご本人に記入していただいてください。
1.上記に必要事項を正確に記入しFAXまたは郵送ででお申込みください。　FAX　052-951-2257
2.免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください。
3. ご入金後の返金は応じかねますので、研修申し込みの際はご注意ください。