

座学（50時間）は**オンライン**で実施します。所属の事業所・施設
又は自宅での授業。試験、演習は3密に配慮し実施します。

★人材開発支援助成金が活用できます★

令和3年度第1回

喀痰吸引等研修(第1・2号研修)

日程(座学) : 7/3・11・17・25・8/1・8・14・22・28 (9日間)

(試験) : 9/4

(演習) : 9/10・9/11 (どちらか1日) 合格後、実地研修
(※半固形栄養剤コース希望の方は9/12予定)

会場(座学) : 所属の事業所、施設又は自宅

(試験) : 北浦和ターミナルビル3階カルタスホール

(演習) : JR北浦和駅東口徒歩2分

定員 : 15名 (申込者が少ない時は中止する場合があります)

受講料 : 80,000円(税込) + テキスト2,200円(税込)

中央法規出版(株)【改訂】介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト

※半固形栄養剤コース希望の方は別途10,000円(税込)

※特定行為の追加コースは5,000円(税込)

募集対象者 : ①埼玉県内等の介護施設、事業所等に勤務する介護職員

②現在勤務する事業所等に上記医行為を行う対象者がいる事

③指導看護師(准看護師は不可)がおり、実施研修に際し受講者の指導ができる事

④全課程出席が可能である事

⑤**オンライン**での参加が可能である事

損害保険 : 演習・実地研修にかかる損害保険料はセンターが負担します

申込期限 : 令和3年6月18日(金) : 受講申込書にご記入後FAX又は郵送
でお願いします



★詳細はお問い合わせください★

〒330-0055 さいたま市浦和区東高砂町2-5NB F浦和ビル4F

公益財団法人 介護労働安定センター埼玉支部 (栗城)

TEL 048-813-2551 ・ FAX 048-813-2552

<http://www.kaigo-center.or.jp>



喀痰吸引等研修 受講申込書（第1回）

FAX 048-813-2552

※該当するところに☑してください

希望内容	<input type="checkbox"/> 第1号研修	<input type="checkbox"/> 第2号研修	<input type="checkbox"/> 特定行為の追加	<input type="checkbox"/> 胃ろう(半固形栄養剤)	
ふりがな				生年月日	性別
氏名				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 () 才	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
法人名称				サービスの種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設事業所名					
施設・事業所所在地	(〒 -)				
介護従事経験年数	年 月 日			施設等連絡先	(電話) (FAX)
テキスト	<input type="checkbox"/> 注文する ・ <input type="checkbox"/> 注文しない			保有資格	介護福祉士・実務者研修・ヘルパー(1・2級) その他 () ・ なし
I 事業所の状況	貴事業所は、埼玉県に登録特定行為事業者【不特定多数】として登録していますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ↳⇒⇒⇒今後、登録申請をおこなう予定ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
II 受講者の状況	現在、あなたは認定特定行為業務従事者(経過措置を含む)の認定を受けていますか。 <input type="checkbox"/> はい(受けている) <input type="checkbox"/> いいえ(受けていない) ↳⇒⇒⇒現在、あなたは第2号研修修了日から9か月以上経過していますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ↳※「 喀痰吸引等研修修了証明書 」の写しと「 認定特定行為業務従事者認定証 」の写しを添付して下さい。				
III 利用者の状況	現在の職場で下記の特定行為の利用者数を記載ください。(いない場合は0とご記入下さい) <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (利用者数: 名、うち半固形栄養剤: 名) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 (利用者数: 名) ※人工呼吸器装着は実施できません。				
IV 実地研修状況	<input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施 <input type="checkbox"/> 職場以外での実地研修を予定 ※指導をおこなう指導看護師氏名をご記入下さい。 指導看護師氏名 ※「 指導者講習修了証書 」又は「 医療的ケア教員講習会修了証書 」と「 看護師等 」の写しを添付して下さい。				

上記の者が、公益財団法人介護労働安定センター埼玉支部が実施する喀痰吸引等研修に受講することを申込みます。

令和3年 月 日

施設名等

研修責任者氏名

印