

受講者！  
募集！

# 医療的ケア 教員講習会

1日で  
修了！

医療的ケア教員講習会を修了されると…

「介護福祉士実務者研修の医療的ケア」、「喀痰吸引等研修」を担当する教員、  
「実地研修指導員」となることができます。

**対象者は医師・正看護師・保健師・助産師の資格を取得した後、  
5年以上の実務経験がある方（※准看護師は対象外）**

**※資格証(写)の提出が必要です。**

【日 時】 令和6年 **8月24日(土)** 9:00～18:00

【講 師】 久保田 あけみ 氏

【会 場】 JDS八丁堀ビル6階 会議室 (広島市中区八丁堀7-2)

【受講料】 17,860円 (税込)  
(受講料 15,000円 テキスト代2,860円)

【定 員】 先着 30名 ※定員となり次第、募集終了となります。

【募集締切】 8月18日(日) ※募集を延長する場合がありますので、お問合せください。

## 《講習内容》

### 講義

制度の概要  
(医療的ケアの実施に関する制度の概要)  
医療的ケアの基礎  
(感染予防、安全管理体制などについて)  
喀痰吸引  
(基礎知識。実施手順及び指導・評価方法)  
経管栄養  
(基礎知識。実施手順及び指導・評価方法)

### 演習


喀痰吸引及び経管栄養の演習指導  
・評価方法

使用テキスト 最新 介護福祉士養成講座  
『15 医療的ケア』  
(中央法規出版)

## 【お問合わせ先】

公益財団法人 介護労働安定センター 広島支部  
〒730-0013 広島市中区八丁堀7-2 JDS八丁堀ビル6F  
TEL 082-222-3063 FAX 082-222-3703  
E-mail:hiroshima@kaigo-center.or.jp

二次元コードからも  
お申込み頂けます

安定センター 





申込先：介護労働安定センター広島支部

FAX：082-222-3703



◆お申し込み前に、前頁の禁止事項及び注意事項、下記留意事項をご確認ご了承のうえお申し込みをお願いいたします。

## 【受講申込の手順】

手順1 下記、受講申込書に必要事項をご記入のうえ、資格者証も合わせてFAX又はメールしてください。

⇒ FAX：082-222-3703 メールアドレス：hiroshima@kaigo-center.or.jp

## 手順2 受講料等のお振込み

受講申込後、当センター所定の「請求書兼振込取扱票」が請求先住所に届きますので、振込をお願いします。

・「請求書兼払込取扱票」が届きましたら、支払期限以内に振込をお願いします。振込手数料等はお申込者のご負担をお願いします。

・振込が確認できた時点で、受講申込が完了します。

・なお、領収書は、金融機関等の振込票をもって代えさせていただきます。

## 手順3 受講申込みの完了&amp;受講の決定

入金確認と受講決定の通知をお送りしますので、ご確認ください。

・万一、受講をキャンセルされる場合は、お早めにお知らせください。

・令和6年8月10日以降のキャンセルのお申し出については、原則として受講料等の返還はできませんので、予めご了承ください。

・受講申込者が定員に満たない等の理由により、講習を中止する場合があります。

その場合は、受講料等（振込みいただいた際の振込み手数料等は除きます。）を返還させていただきます。

（返還の振込手数料は当センターが負担いたします。）

※看護師免許証の写しを送付（FAX、メール、郵送）ください。

## 受講申込書「医療的ケア教員講習」

受講料(15,000円)+テキスト代(2,860円) (税込)

|                    |   |           |                              |              |  |
|--------------------|---|-----------|------------------------------|--------------|--|
| (ふりがな)<br>受講者氏名    |   |           | 生年月日                         | 昭・平<br>年 月 日 |  |
| 自宅住所               | 〒   |           |                              |              |  |
| 保有資格               |   | 取得<br>年月日 | 昭和<br>平成<br>令和               | 年 月 日        |  |
| 資格取得後の<br>実務経験     | 年 カ月  |           |                              |              |  |
| 勤務先名               |   |           |                              | 研修ご担当者       |  |
| 勤務先住所              | 〒   |           |                              |              |  |
| 連絡先等<br>(メール・FAX)  | TEL : FAX :<br>携帯電話 :<br>E-mail :   |           |                              |              |  |
| 請求先<br>✓を入れてください。  | <input type="checkbox"/> 事業所宛   |           | <input type="checkbox"/> 自宅宛 |              |  |
| 連絡方法<br>✓を入れてください。 | <input type="checkbox"/> 受講に関する連絡は、上記アドレスに電子メールで送付を希望します。<br><input type="checkbox"/> 受講に関する連絡は、FAXで送付を希望します。 |           |                              |              |  |

## 【特定商取引法改正に伴う有料講習FAX等広告送信の承諾について】

今後開催予定の有料講習・セミナーの募集チラシに関して、いずれかにチェックをお願いします。

☐ メール送信を承諾する☐ FAX送信を承諾する☐ 承諾しない

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は、厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。

※広島支部の所在地は、本案内の1枚目をご確認ください。