

公益財団法人 介護労働安定センター 石川支部
喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講申込書

年 月 日

◆受講を希望する研修等について（該当する□に✓をつけてください。）

☐ 第一号研修	
☐ 第二号研修	☐ 口腔内の喀痰吸引
	☐ 鼻腔内の喀痰吸引
	☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
	☐ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
	☐ 経鼻経管栄養
☐ フォローアップ付き履修免除コース	
☐ 特定行為の追加コース（実地研修のみ）	

◆受講希望者について

ふりがな			
受講者名			
生年月日	[昭和 ・ 平成] 年 月 日	年齢	歳
自宅住所	〒		
連絡先	〔電話番号〕 〔携帯番号〕		
履修免除、科目免除及び特定行為の追加をご希望の方 （該当する□に✓をつけてください）※	☐ 介護福祉士実務者研修修了 実務者研修（医療的ケアを含む）修了した方 ☐ 介護福祉士養成施設（大学・専門学校）などで医療的ケア（基本研修（講義・演習））の科目を修了 ☐ 喀痰吸引等研修 基本研修（講義・演習）修了 ☐ 喀痰吸引等研修（第二号研修）修了		

※ 該当する方は、卒業証明書（写）もしくは修了証等（写）が必要となります。

◆所属する施設等について

法人名	
施設・事業所名	
住所	〒
電話番号	