公益財団法人　介護労働安定センター　新潟支部

喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講申込書

令和　　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 |

◆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)を全て通信で受講した方） * 介護福祉士実務者研修修了者（介護福祉士実務者研修の医療的ケア（50時間）の科目7「高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」・科目9「高齢者および障害児・者の経管栄養実施手順解説」をともに含む科目をスクーリングで受講した方） * 特別養護老人ホームにおける１４時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方 * 基本研修修了者（実地研修のみ受講） | | |

※該当する方は、卒業証明書（写）、修了証（写）等が必要となります。

※２番目の□にチェックした方は、上記に併せて医療的ケア科目７及び９をスクーリングで受講したことの証明書を受講した実務者研修事業者から貰って添付してください（写）

◆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 |  |