

公益財団法人 介護労働安定センター 沖縄支部
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。）

修得を希望する 行為について	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
	<input type="checkbox"/> 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
介護福祉士資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（取得年月日： 年 月 日）※登録証のコピーを添付		
自 宅 住 所	〒		
連 絡 先	[電話番号]	[携帯番号]	
履修免除をご希望の方 （□に✓をつけてください）	<input type="checkbox"/> 実務者研修（医療的ケアを含む）修了者 ※ 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		F A X 番 号	

◀ お申し込みにあたり、必要な書類確認 ▶

- ☐ [様式 1 - 2] 受講申込書
- ☐ 介護福祉士登録証（写） ※ 所持している方のみ必要
- ☐ 喀痰吸引等研修（第二号研修）修了証（写）
- ☐ [様式 2] 喀痰吸引等研修推薦状
- ☐ [様式 3] 指導看護師調書及び承諾書
- ☐ 指導看護師の保有資格証（写）
- ☐ 指導看護師の「指導者養成講習」もしくは「医療的ケア教員講習会」修了証（写）
- ☐ [様式 4] 実地研修に係る確認シート
- ☐ [様式 5] 実地研修実施機関承諾書