

座学はすべて
オンラインで
実施します！

令和6年度第1回

喀痰吸引等研修登録研修機関
埼玉県登録番号1110005

喀痰吸引等研修 (5月コース) 第1・2号研修



座学9日間(50時間)はオンライン(ZOOM)で実施。
筆記試験・演習2日間は対面で実施致します。

人材開発支援助成金
対象研修

講習内容	※講義9日+筆記試験+演習+実地研修				
日程	① 5月26日(日)	② 6月2日(日)	③ 6月8日(土)	④ 6月16日(日)	⑤ 6月23日(日)
	⑥ 6月30日(日)	⑦ 7月7日(日)	⑧ 7月13日(土)	⑨ 7月21日(日)	
〔時間〕 9:30~16:20 (一部16:50)	⑩筆記試験:7月29日(月) ⑪演習 : 8月5日(月)・6日(火)のうち1日				
会場	①~⑨ 講義 : オンライン (ZOOM) ⑩~⑪ 筆記試験・演習: 北浦和ターミナルビル カルタスホール3階等 ---JR北浦和駅東口徒歩2分(予定)				
定員	10名 (申込者が少ない場合は中止する場合があります)				
受講料 (税込)	※第一号・第二号研修 80,000円 + 2,420円 (テキスト) ※科目免除コース(実務者研修修了者等) 30,000円 ※半固形栄養剤コース 10,000円 ※特定行為の追加コース(実地研修のみ) 5,000円				
テキスト	「【新版】介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト 中央法規出版(株) 発行」				
募集対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・埼玉県内等の介護施設・事業所等に勤務する介護職員(資格は問いません) ・現在勤務する施設等の利用者に上記医行為の対象者がいること。 ・指導看護師(准看護師は不可)及び対象者がおり実地研修に際し受講者の所属する施設等で実施できること。 ・全過程の出席が可能であること。 ・第一号・第二号研修での座学講義9日間はオンライン(ZOOM)での参加が可能であること。筆記試験、演習は対面授業になります。 				
損害保険	演習・実地研修に係る受講者の損害保険はセンターが負担します。				
申込方法	受講申込書に必要事項をご記入の上、FAX又は郵送して下さい。 ※科目免除コース・特定行為の追加コース(実地研修のみ)を希望される方は「修了証明書(写し)」も一緒にご提出ください。				



(公財) 介護労働安定センター埼玉支部

〒330-0055さいたま市浦和区東高砂町2-5 NBF浦和ビル4F

TEL 048-813-2551・FAX 048-813-2552 <http://www.kaigo-center.or.jp>



令和6年度第1回 喀痰吸引等研修5月コース（第1・2号研修）受講申込書

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	(〒 -)			施設等連絡先	(電話) (FAX)
介護従事経験年数	年 月 日			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
テキスト	注文する ・ 注文しない				
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1年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。 <u>指導看護師氏名</u> ※「 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 年 月 日

施設名等

研修責任者氏名