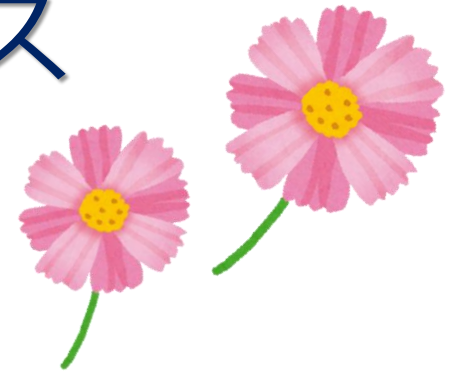




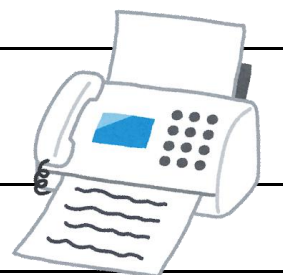
# 令和8年度科目免除コース 第1回



## 喀痰吸引等研修9月コース 第1・2号研修



日程	◆筆記試験：9月8日（火）◆演習評価：9月16日（水）・9月17日（木）のうち1日
会場	◆筆記試験：浦和コミュニティセンター予定【JR浦和駅東口徒歩2分】 ◆演習評価：北浦和ターミナルビル3階 カルタスホール予定【JR北浦和駅東口徒歩3分】
定員	12名（定員になり次第受付終了、定員に満たない場合、中止することがあります。）
内容	筆記試験、演習評価に合格後実地研修を行っていただきます。 ※自施設で実施していただきます。
受講料 (税込)	科目免除コース（実務者研修修了者）：30,000円 【オプション】半固形栄養剤コース：10,000円
テキスト代	2,420円「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）
損害保険	開講日から実地研修修了までセンターが保険料を負担いたします
申込方法	裏面の受講申込書に必要事項を記入し書類と一緒にFAX又は郵送して下さい。
募集締切	7月10日



### （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



(公財)介護労働安定センター埼玉支部

令和8年度科目免除コース第1回 喀痰吸引等研修9月コース 第1号2号研修

受講申込書

FAX 048-813-2552

令和 年 月 日

◆受講を希望する研修について (該当する□に✓をつけてください。)

<input type="checkbox"/> 第1号研修	<input type="checkbox"/> 第2号研修	<input type="checkbox"/> 【オプション※】胃ろう半固形栄養剤 ※胃ろう滴下とセットでのお申し込みとなります
--------------------------------	--------------------------------	--

※1 必要書類⇒「実務者研修修了証」写し

◆受講希望者について

ふりがな 受講者名		保 有 資 格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1・2級 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし
生年月日 性別	昭和・平成 年 月 日 ( )才 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
介護従事経験年数	年 月	テキスト注文	する ・ しない

◆所属する施設等について

法人名		TEL
施設・事業所名		FAX
住所	〒	
サービス種別	<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"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
メールアドレス	(研修ご担当者と事務局との連絡に使用します)	

◆実地研修状況について

職場での実地研修の指導を行う指導看護師(全員)※ 氏名( )

※当センターに未登録の看護師の場合  
必要書類⇒「看護師免許」及び「医療的ケア教員講習会修了証」等写し

現職場の 利用者数 注意：人工 呼吸器装着 者は実施で きません	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (利用者数 名)
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (利用者数 名)
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (利用者数 名)
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (利用者数 名)
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 (利用者数 名)
<input type="checkbox"/> 【オプション】胃ろう半固形栄養剤 (利用者数 名)	

■本研修における著作権を侵害する行為を行うことを禁止させていただきます 同意する

研修責任者氏名

◎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