

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

◆受講希望者について

令和 年 月 日

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	〔固定番号〕	〔携帯番号〕	
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		
実務者研修修了証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ※修了証のコピーを添付		
受講希望コースを選び ○で囲んでください	① 全科目コース    ② フォローアップ付き履修免除コース    ③ 履修免除コース    ④ 特定行為の追加コース		

◆実地研修先及び習得を希望する行為等について (該当する□に✓をつけてください)

実地研修先	<input type="checkbox"/> 自施設で実施(自らが所属する施設等で実施) <input type="checkbox"/> センターが紹介する施設で実施
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

※ 実地研修の実施期間は、1年間となりますので、ご承知おきください。

◆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	

《お申込みにあたり、必要な書類一覧》

- ・受講申込書【様式1】
- ・介護福祉士登録証(写) ※所持している方のみ必要
- ・実務者研修修了証(写) ※②③の履修免除コースをご希望の方のみ必要
- ・喀痰吸引等研修(第二号研修)修了証(写) ※④の特定行為の追加コースをご希望の方のみ必要

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導看護師調書及び承諾書【様式2】</li> <li>・指導看護師の保有資格証(写)</li> <li>・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)</li> <li>・実地研修に係る確認シート【様式3】</li> <li>・実地研修実施機関承諾書【様式4】</li> </ul> |
|--|

※実地研修を自施設等で実施する方のみ必要