

令和5年度

## 喀痰吸引等研修

第一号・第二号研修

(介護職員向け)

募集期間：令和5年4月3日(月)～令和5年9月20日(木)

※助成金利用される場合は8月31日(木)までにお申し込みください。

申込方法：受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

## 日程

| 座 学  | 10/5<br>(木)                   | 10/12<br>(木) | 10/19<br>(木) | 10/26<br>(木) | 11/2<br>(木) | 11/9<br>(木) | 11/16<br>(木) | 11/24<br>(金) | 11/30<br>(木) |
|------|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 筆記試験 | 12/7(木)                       |              |              |              |             |             |              |              |              |
| 演 習  | 12/14(木)・12/15(金) 左記指定のいずれか1日 |              |              |              |             |             |              |              |              |

・講義(9日間)⇒筆記試験(1日間)⇒演習(1日間)⇒実地研修

- ① 栃木県の定める規定に基づき、当センター栃木支部で作成したカリキュラムの通り  
 ② 実地研修は、原則として所属する施設等において実施して頂きます。

## 講義・演習会場

- ・栃木介護福祉士専門学校  
 栃木県宇都宮市鶴田町1432番地1

## 募集定員

- ・30名  
 (定員になり次第締め切らせていただきます。尚定員を大きく下回る際には中止となる場合があります)



## 募集対象者・要件

栃木県内の特別養護老人ホーム、老人保健施設、障害者支援施設、認知症グループホーム、短期入所サービス、有料老人ホーム、訪問介護、通所介護事業所等に勤務する介護職員等  
 【ご注意下さい】

- ①原則、現在勤務する事業所の利用者に上記の行為を行う対象者がいること。  
 ②原則、指導看護師がおり、実地研修に際し受講生の指導を行うことができること。  
 ③原則、日程の振替は認められないため、上記全日程出席可能であること。  
 ④事業所が特定事業所として登録申請している又は登録申請を行う予定であること。

## 受講料(税込)

|       | 第1号・第2号研修 | 科目免除コース |
|-------|-----------|---------|
| 基本研修代 | 119,780円  | 9,500円  |
| テキスト代 | 2,420円    |         |



※科目免除コース⇒実務者研修修了者又は医療的ケア(50H)履行者及び他登録機関における基本研修修了者は、本研修の基本研修講義科目の受講免除を希望することが出来ます。但し、上記受講者については基本研修の演習を受講し、規定に基づく評価方法により合格した方を対象に実地研修を行うことが出来ます。

## ※基本研修・実地研修に係る受講生の損害保険については、センターが負担します。

厚生労働省、人材開発支援助成金『人材育成支援コース』の対象となります。詳しくは厚生労働省のホームページをご覧ください。又別途助成金説明会を行いますので必要な方はお申し込みください。

(公財)介護労働安定センター栃木支部  
 〒320-0026  
 栃木県宇都宮市馬場通り4丁目3番7号  
 馬場通り4丁目ビル5階

研修実施機関：(公財)介護労働安定センター栃木支部/※栃木県の登録研修機関です

TEL:028-643-6445

FAX:028-643-6448

http://www.kaigo-center.or.jp/shibu/tochigi/index.html



令和5年度喀痰吸引等研修  
受講申込書

先着順で受付致します。定員になり次第、締め切ります。

令和5年 月 日  
右上の日付及び太枠内にご記入の上、FAX送信して下さい。

右上の日付及び太枠内にご記入の上、FAX送信して下さい。

## 【ご注意】

1. FAXのみ、お申し込みを受け付けています。
2. 原則、募集用チラシの「募集対象者・要件」に該当される方のみ、お申し込み下さい。
3. 受講料はSMBCより請求書が届きますのでお振込みをお願いいたします。  
また、開講2週間前のキャンセル又は受講途中に受講を取り止めた場合は、  
受講料のご返却はできませんのでご承知下さい。

|                                                   |          |                               |                                |
|---------------------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|
| 法人名                                               |          |                               |                                |
| 事業所名                                              |          |                               |                                |
| 事業所所在地                                            | 〒        |                               |                                |
| 電話番号                                              |          | FAX番号                         |                                |
| 申込ご担当者                                            |          | 役職名                           |                                |
| 受講者(1)                                            | フリガナ     | 役職名                           |                                |
|                                                   | 氏名       | 経験年数                          |                                |
|                                                   | 生年月日     | 受講希望コース<br>次のいずれかに○をつけてください   |                                |
|                                                   | 西暦 年 月 日 | 全科目コース/科目免除コース                |                                |
| 受講者(2)                                            | フリガナ     | 役職名                           |                                |
|                                                   | 氏名       | 経験年数                          |                                |
|                                                   | 生年月日     | 受講希望コース<br>次のいずれかに○をつけてください   |                                |
|                                                   | 西暦 年 月 日 | 全科目コース/科目免除コース                |                                |
| 助成金活用明会<br>8月24日14:00～<br>コンサーレ第6会議室<br>(いずれかに○印) |          | ア・助成金説明会へ参加<br>(受講は未定・受講者欄空欄) | イ・助成金説明会へ参加<br>希望<br>(受講申込も確定) |
|                                                   |          | ウ・助成金説明会是不参加<br>(受講希望)        |                                |
| 通信欄                                               |          |                               |                                |

※ご提供頂きました個人情報は、プライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外に使用致しません。

## ★問合せ先★

(公財) 介護労働安定センター栃木支部

〒320-0026 宇都宮市馬場通り4-3-7

馬場通り四丁目ビル5階

TEL: 028-643-6445

FAX: 028-643-6448