

# 令和8年度 喀痰吸引等研修(第1・2号研修)



募集期間：令和8年4月1日(水)～9月2日(水)

(助成金の活用をお考えの方：7月24日(金)まで)

## 日程

座学								
9/30	10/9	10/23	10/30	11/2	11/13	11/16	11/27	12/1
(水)	(金)	(金)	(金)	(月)	(金)	(月)	(金)	(火)
筆記試験		12/9(水)						
演習		12/15(火)・12/22(火) 上記日程のいずれか1日			免除コース		7/17(金)・9/18(金) 11/20(金)	

## 募集対象者

- ① 栃木県内の介護施設に勤務する介護職員
- ② 原則として現在勤務する事業所に、**上記医行為を行う対象者がいる**こと
- ③ 現在勤務する事業所に**実施研修指導者(看護師)**がおり、**実地研修に際し受講者の指導を行う事ができる**こと。また、関連施設などで実地研修の受け入れ可能な事
- 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
- ⑤ 原則、日程の振替は認められないため、上記日程出席可能であること。  
(欠席の場合補講料として1時間6,500円別途かかります)

## 会場

コンサーレ 3階 第6会議室  
宇都宮市駒生1-1-6

## 定員

20名  
※受講希望者が少ない場合は開講を中止することがあります。(最少開催人数3名)

## 受講料

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

	第1号・第2号研修	科目免除コース (滴下及び半固形)
基本受講料	121,000円(税込)	10,450円(税込)
テキスト代	2,420円(税込)	

※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。

## 申込方法・お問合せ先

申込期限：9月2日(水) ただし定員になり次第受付を終了させていただきます。  
受講申請書(裏面)に必要事項記載しFAXまたは郵送願います。または**ホームページ**より  
申込ください。

※人材開発支援助成金の活用希望が多数ある場合は説明会を別途計画します。開催が決まりましたら後日連絡いたします。  
(公財)介護労働安定センター栃木支部 TEL：028-643-6445 FAX：028-643-6448



令和8年度 喀痰吸引等研修(第1号・2号研修)受講申込書

法人名			
施設・事業所名			
住所	〒		
御担当者名			
電話番号		E-mail	

■喀痰吸引等研修(第1号及び2号研修)の受講希望者

受講申込者名	(ふりがな)	生年月日				
		年	月	日		
自宅住所	〒					
電話番号 (固定・携帯)						
希望する 研修過程 に○をつ けてくだ さい。	(1) 第1号研修(5行為)					
	(2) 第2号研修(修了を希望する行為を○で選んでください)					
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 カニューレ内部 喀痰吸引	4 胃ろう (滴下のみ)	5 胃ろう (滴下及び 半固形)	6 経鼻経管
	(3) 科目免除コース(修了を希望する行為を○で選んでください)					
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 カニューレ内部 喀痰吸引	4 胃ろう (滴下のみ)	5 胃ろう (滴下及び 半固形) (半固形のみ)	6 経鼻経管
希望日：7月17日(金)・9月18日(金)・11月20日(金)						

※(3)の申込者は、修了証書の写しが必要となります。  
また、半固形のための研修は滴下の実地研修修了者に限ります。

■実地研修実施に関わる確認事項

実地研修実施の可否	可 ・ 不可				
実地研修を実施 できる場合、貴 施設における各 医行為対象とな る利用者人数	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	カニューレ内	胃ろう	経鼻経管

■助成金活用説明会への参加

助成金活用説明会 開催の希望 (いずれかに○印)	ア. 開催希望 (受講申込みは未確定・ 受講者欄空欄)	イ. 開催希望 (受講申込みも確定)	ウ. 説明会不参加 (受講希望)
--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	------------------------

※ご提供いただきました個人情報は、プライバシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外に使用いたしません。