

## 令和5年度 第1回

1日(7時間)の講習で「喀痰吸引等研修(講義・演習)」、「実地研修指導者」  
「実務者研修の『医療的ケア』」を担当する講師とすることができます。

# 医療的ケア教員講習会

対象者… 医師、保健師、助産師または正看護師であり、資格取得後5年以上の実務経験のある方。 ※5年未満でも受講は可能です。

日 程 令和5年11月17日(金)

時 間 9時30分～18時00分

会 場 プラザホープ  
和歌山市北出島 1-5-47

受講料 15,000円(税込み)

テキスト代 2,420円(税込み)

改訂 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)』

定 員 20名(定員に満たない場合中止とさせていただきますので、ご了承ください。)



講習会の所定の課程を修了した方には、「医療的ケア教員講習会修了証」を発行いたします。

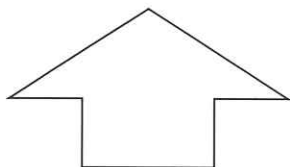
裏面の申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込み下さい。

なお、FAX着信後着信確認のお電話をお願いいたします。(9:30～17:00)

(公財)介護労働安定センター和歌山支部

〒640-8317 和歌山市北出島 1-5-46 和歌山県労働センター3階

TEL 073-436-9160 FAX 073-436-9170



## 令和5年度医療的ケア教員講習会

(公財)介護労働安定センター 和歌山支部長 殿

標記講習を受講申し込みます。

※の欄は記入しないこと

|                                              |                          |           |  |                               |     |         |     |     |
|----------------------------------------------|--------------------------|-----------|--|-------------------------------|-----|---------|-----|-----|
| 支部(所)名                                       |                          | 和歌山支部     |  | ※受付番号                         |     | ※受付印    |     |     |
| ふりがな<br>氏 名                                  |                          |           |  |                               |     |         |     |     |
| 生年月日                                         |                          | 昭和/平成     |  | 年                             | 月   | 日(才)    | 性別  | 女・男 |
| 受講決定<br>通知等<br>送付先                           | 自宅                       | 〒         |  |                               |     |         |     |     |
|                                              | <input type="checkbox"/> | TEL 自宅 :  |  | ( )                           | FAX |         | ( ) |     |
|                                              |                          | 携帯 :      |  | ( )                           |     |         |     |     |
|                                              | 勤務先                      | 勤務先名      |  |                               |     |         |     |     |
|                                              | <input type="checkbox"/> | 所在地       |  | 〒                             |     |         |     |     |
|                                              |                          |           |  | TEL ( )                       |     | FAX ( ) |     |     |
| 保有資格                                         |                          |           |  | 取得年月日                         |     |         |     |     |
| 資格取得後の<br>実務経験                               |                          | 年      ヶ月 |  | その他の資格                        |     |         |     |     |
| 改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト<br>(中央法規出版(株) 発行) |                          |           |  | 購入する(講習日渡し)      ・      購入しない |     |         |     |     |

◎録画・録音機器のご使用は、お断りさせていただいております。

◎受講申込書へ記載されています個人情報(氏名、住所、電話番号等)は当該講座に関する通知等の送付及び講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。

◎提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

◎上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、支部担当者までお申し出ください。

◎修了証明書にはご自宅の住所が記載されますので、送付先が勤務先であってもご記入ください。