

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

令和    年    月    日

◆受講を希望する研修等について（該当する□に✓をつけてください。）

<input type="checkbox"/> 第一号研修	
<input type="checkbox"/> 第二号研修	<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

◆受講希望者について

ふりがな 受講者名						
生年月日	〔 昭和 ・ 平成 〕	年	月	日	年齢	歳
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					
自宅住所	〒					
連絡先	〔電話番号〕			〔携帯番号〕		
履修免除をご希望の方 （□に✓をつけてください）	<input type="checkbox"/> 実務者研修（医療的ケアを含む）修了者    ※ 該当する方は、卒業証明書（写）もしくは修了証等（写）が必要となります。					

◆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		FAX番号	

◀ お申し込みにあたり、必要な書類確認 ▶

- [様式1-1] 受講申込書
- 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） ※ 履修免除コースをご希望の方のみ必要
- [様式2] 喀痰吸引等研修推薦状
- [様式3] 指導看護師調書及び承諾書
- 指導看護師の保有資格証（写）
- 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）
- [様式4] 実地研修に係る確認シート
- [様式5] 実地研修実施機関承諾書