

\* 推薦する受講生申込1人につき、本受講申込書を1枚記入して下さい

\* 第二号研修をご希望の際、実地研修の履修希望項目を下記より1項目以上選択して下さい

1 受講を希望する研修種別

第一号研修	⇒	口腔内の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
第二号研修		鼻腔内の喀痰吸引	経鼻経管栄養
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ				生年月日	年	月	日		
受講者氏名	印	年齢	歳	性別	男	・	女		
		施設での通算勤務年数	年	か	月				
受講者住所	〒								
特定行為業務従事者認定証の有無	有 ・ 無 ※ 有の場合は写しを添付								
その他の履修免除資格証の有無	有 ・ 無 ※ 有の場合は写しを添付								
所属施設・事業所	設置主体								
	名称	サービスの種別							
	住所								
連絡先	(TEL)						利用者の状況	項目	対象利用者数
	(FAX)							口腔内の喀痰吸引	人
(研修申込担当者氏名)							申込日現在	鼻腔内の喀痰吸引	人
								気管カニューレ内部の喀痰吸引	人
								胃ろうによる経管栄養	人
								腸ろうによる経管栄養	人
								経鼻経管栄養	人

3 実地研修先

所属する施設・事業所等	⇒	(所属施設・事業所以外の場合のみ) 内諾を得ている施設・事業所について記載	
所属する施設・事業所等以外		施設・事業所の名称	
		サービスの種別	
		担当者氏名	
		担当者連絡先電話番号	

4 実地研修の指導講師

フリガナ				指導講師所属施設名	
指導講師氏名	印	連絡先電話番号			
研修修了状況		平成22年度以降に国又は県が実施した指導者講習	⇒	修了証の写しを添付してください。	
		医療的ケア教員講習会	⇒	修了証の写しを添付してください。	

\* 申込書の到着をもちまして、指導看護師が喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意したものとします。

# 記載例

## 社会福祉法人仁成福祉協会 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）受講申込書

\*第二号研修をご希望の際、実地研修の履修

受講を希望する研修種別に○印をつけてください。研修種別については、別添の「研修の種類」をご参照ください。第二号研修を選択する場合、ご希望の履修項目を1項目以上選択して下さい。

1 受講を希望する研修種別 希望項目を下記より1項目以上選択して下さい

<input type="checkbox"/> 第一号研修	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
<input checked="" type="checkbox"/> 第二号研修 ⇒	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	

\*推薦する受講生申込1人につき、本受講申込書を1枚記入して下さい

認定証をお持ちの方は、写しを添付してください。  
※ 研修の一部が履修免除となる場合があります。

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ	ニイガタ タロウ	生年月日	昭和 47年 4月 1日
受講者氏名	新潟 太郎 (印)	年齢	30歳
		性別	男・女
		施設での通算勤務年数	8年 0か月
特定行為業務従事者認定証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※ 有の場合は写しを添付		
その他の履修免除資格証の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※ 有の場合は写しを添付		
設置主体	社会福祉法人 ○○福祉会	サービスの種別	特別養護老人ホーム
名称	特別養護老人ホーム○○苑		
住所	〒950-8570 新潟市中央区新光町4番地1		
連絡先	(TEL) 025-280-5193 (FAX) 025-280-5229	項目	対象利用者数
(研修申込担当者氏名)	上越 次郎	口腔内の喀痰吸引	18人
		鼻腔内の喀痰吸引	12人
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	1人
		胃ろうによる経管栄養	9人
		腸ろうによる経管栄養	7人
		経鼻経管栄養	2人

申込日現在で記載してください。

申込日現在で記載してください。

研修申込みに係る事務担当者を記入してください。

3 実地研修先

<input checked="" type="checkbox"/> 所属する施設・事業所等	(所属施設・事業所以外の場合のみ) 内諾を得ている施設・事業所について記載
<input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所等以外	施設・事業所の名称
	サービスの種別
	担当者氏名
	担当者連絡先電話番号

事前に受け入れ先の施設・事業所及び実習に協力する利用者の了承を得てください。

指導講師の役割を担うことについて、本人の同意を得てください。

4 演習及び実地研修の指導講師

フリガナ	ナガオカ ハナコ	指導講師所属施設名	特別養護老人ホーム長岡苑
指導講師氏名	長岡 花子 (印)	連絡先電話番号	025-000-0000

同意欄にチェックをしてください。

私は、喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。

研修修了状況	<input checked="" type="checkbox"/> 平成22年度以降に国又は県が実施した指導者講習 ⇒ 修了証の写しを添付してください。
	<input type="checkbox"/> 医療的ケア教員講習会 ⇒ 修了証の写しを添付してください。

いづれかにチェックをしてください。