

記載例

【様式 I】

令和 8 年度 社会福祉法人 上越老人福祉協会 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）

受講申込書

受講希望する研修種別に○印を付けてください。

受講希望するコースに○印を付けてください。

1 受講を希望する研修種別

<input type="checkbox"/>	第一号研修
<input type="checkbox"/>	第二号研修 ↓下記も記載してください
<input type="checkbox"/>	履修希望に☑をしてください
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型）
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形型）
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

2 希望するコース

<input type="checkbox"/>	Aコース 実地研修のみ (8,000 円)
<input type="checkbox"/>	Bコース 半固形型演習+実地研修 (14,000 円)※

※半固形演習について…今後業務で半固形型を行う予定で、演習時に半固形の研修を受けていない方は【Bコース】となります

第二号研修希望の方

履修希望に☑をしてください

3 受講者及び所属先の情報

フリガナ	イナホ ハナコ	生年月日	西暦 1990 年 9 月 1 日 (昭和 平成 2 年)		
受講者氏名	いなほ 花子	年齢	34 歳	性別	男 女
		施設・事業所での経験年数 (申込日現在で記入)	10 年 2 か月		
受講者住所	〒943-0000 上越市〇〇町〇丁目〇番〇号				
所属施設・事業所	設置主体	社会福祉法人上越老人福祉協会	サービス種別	特別養護老人ホーム	
	名称	特別養護老人ホームいなほ園			
	住所	〒943-0101 上越市上真砂 219 番地			
	連絡先	(TEL) 025-000-△△△△ (FAX) 025-000-△△△△	利用者の状況 (申込日現在)	項目	対象利用者数
	研修申込担当者名	上越 ゆう子		口腔内の喀痰吸引	10 人

研修申込みに関わる事務担当者を記入してください。

4 実地研修先

○	所属する施設・事業所等	利用者数
	所属する施設・事業所等以外（下記の空欄に名称を記入）	
	特別養護老人ホーム新光園	対象利用者数も必ず記入してください

実地研修先へ事前の同意を得てください。

5 実地研修の指導講師

フリガナ	シンコウ ツキコ	指導講師所属施設名	特別養護老人ホーム新光園
指導講師氏名	新光 月子	連絡先電話番号	025-000-△△△△
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 type="checkbox"/>	平成 22 年度以降に国又は県が実施する指導者講習を受講	⇒ 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。	

指導講師の役割を担うことについて、本人の同意を必ず得てください。

6 保有資格・研修（※下記の卒業証明書・修了証等、原本のコピーを提出してください）

<input type="checkbox"/>	介護福祉士養成施設（学校）を卒業した方
<input type="checkbox"/>	介護福祉士実務者研修を修了した方
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修の「基本研修」を修了した方
<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホームにおける 14 時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下、喀痰吸引等を行っている方

保有資格の証明証等の写しも提出してください