

# 喀痰吸引等研修受講申込書(1)

昭和 平成 令和 西暦 年 月 日

写真貼付欄  
縦 40mm  
横 30mm

- 顔が明確に識別できるもの
- 写真裏面に氏名を記入

|                             |   |   |             |      |      |    |
|-----------------------------|---|---|-------------|------|------|----|
| フリガナ                        |   |   | 男           |      |      |    |
| 氏名                          |   |   | 女           |      |      |    |
| 生年月日                        | 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日 ( ) 歳   |   |             |      |      |    |
| 自宅<br><b>※住所は省略しないでください</b> | 〒 -   |   |             |      |      |    |
|                             | (自宅電話)  | - -   | (携帯電話) - -  |      |      |    |
|                             | (メール)   | @   |             |      |      |    |
| 勤務先                         | 〒 -   |   | 法人名・事業者名    |      |      |    |
|                             | (電話)  | - -   | (F A X) - - |      |      |    |
|                             | (メール)   | @   |             |      |      |    |
| 受講コース<br>該当項目に☑             | <input type="checkbox"/> 第1号研修<br>(右5行為すべて)   | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引                         |             |      |      |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 第2号研修<br>(右1~4行為まで)  | <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引                         |             |      |      |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 実地研修のみ<br>(基本研修免除者)  | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引                   |             |      |      |    |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)              |             |      |      |    |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養                           |             |      |      |    |
|                             | <input type="checkbox"/> オプション  | <input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) |             |      |      |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形栄養剤)  |   |             |      |      |    |
| 研修課程の一部免除該当の有無              | 有 無   | <b>※履修証明書の写しを添付してください</b>                                 |             |      |      |    |
| 保有資格保有資格に☑                  | 保有資格要件  |   | 基本研修        | 事前研修 | 実地研修 |    |
|                             | 受講=○ 免除=× 一部受講・一部免除=△   |   | 講義          | 演習   | 講義演習 | 実地 |
| 介護福祉士                       | <input type="checkbox"/>  | 第29回2017.1(H29.1)以降国家試験合格者及び2016年度(H28年度)以降介護福祉士養成校を卒業した者 | ×           | ×    | ○    | ○  |
|                             | <input type="checkbox"/>  | 介護福祉士①以外の者  | ○           | ○    | ×    | ○  |
| 実務者研修                       | <input type="checkbox"/>  | 通信・通学課程で修了した者   | ×           | ×    | ○    | ○  |
| 喀痰吸引等研修                     | <input type="checkbox"/>  | 基本研修修了者(第1号・第2号研修)  | ×           | ×    | ○    | ○  |
|                             | <input type="checkbox"/>  | 実地研修修了者(第1号・第2号研修)  | ×           | ×    | ○    | △  |
| 医療的ケア履修                     | <input type="checkbox"/>  | 基本研修修了者(介護福祉士実務者研修・喀痰吸引等研修修了以外で医療的ケア(基本研修)を修了した者)         | ×           | ×    | ○    | ○  |
| 特養14時間研修                    | <input type="checkbox"/>  | 特別養護老人ホームに於ける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた者       | ○           | △    | ×    | △  |
| 上記以外の保有資格                   | <input type="checkbox"/>  | 介護職員基礎研修修了者・介護職員初任者研修修了者・訪問介護員(1~3級)修了者・無資格者他             | ○           | ○    | ×    | ○  |
| 受講料納付                       | <input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 2回分割払い <input type="checkbox"/> 3回分割払い |   |             |      |      |    |
|                             | 分割払い希望者には受講決定通知書にて各回のお支払額をお知らせします   |   |             |      |      |    |

裏面につづく

