様式ー2

# 令和７年度　喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）

## 受 講 申 込 書 〔 基本研修免除コ ー ス 〕

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | ふりがな | | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 氏　名 | ㊞ | | | |
| ② | 生年月日<br>年　齢 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日（　　才） | 保有資格 | | |
| | | | 介護職歴 | 年　　ヶ月 | |
| ③ | 現住所<br>連絡先 | 住所 | 〒　　ー<br>県　　市 | | |
| | | TEL | ー　　ー | FAX | ー　　ー |
| | | 携帯 | ー　　ー | E-Mail | |
| ④ | 基本研修の<br>受講状況 | □　登録研修機関　□　介護実務者研修　□　専門課程　□　大学 | | | |
| | | 上記名称 | | | |
| | | 受講期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | |

※ 医療的ケアを修了した証明証の写しを添付

※　申込書№⑤～⑫は、施設(事業所)管理(代表)者の方がご記入ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ⑤ | 勤務先<br>施設種類 | □　特別養護老人ホーム　□　介護老人保健施設　□　有料老人ホーム<br>□　グループホーム　□　その他　（　　） | | | |
| ⑥ | 勤務先<br>住　所<br>連絡先 | 法人名 | ゴム印可（正式名称を | | |
| | | 施設<br>(事業所) | ご記入ください） | | |
| | | 所在地 | 〒　　ー<br>県　　市 | | |
| | | TEL | ー　　ー | FAX | ー　　ー |
| | | E-Mail | 施設代表者）　　看護責任者） | | |
| ⑦ | 施設(事業所)<br>管理(代表)者 | 役職名 | | 氏 名 | ㊞ |
| ⑧ | 実地研修<br>実施施設 | □　所属施設内　□　同一法人及び系列施設　□　その他 | | | |
| | | 所属施設<br>以外の場合 | 施設種類 | 名称 | |
| ⑨ | 希望研修<br>実施協力者数 | □　口腔内吸引＿＿＿＿＿名　□　鼻腔内吸引＿＿＿＿＿名<br>□　気管カニューレ内部吸引＿＿＿＿＿名　□　人工呼吸器装着者＿＿＿＿＿名<br>□　胃瘻又は腸瘻による経管栄養＿＿＿＿＿名　□　半固形注入式＿＿＿＿＿名<br>□　経鼻経管栄養＿＿＿＿＿名 | | | |
| ⑩ | ⑧における<br>実施状況 | ⑨施設においての実施実績の有無 | 無　・　有（　　回　又は　　名） | | |
| | | 直近の実地研修期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | |
| ⑪ | ⑧における<br>指導看護師の<br>状況 | 氏名・「医療的ケア教員講習会」修了証番号（複数の場合全員）<br>※）当研修機関で初めて指導者は上記修了証の写しを添付してください | | | |

| | |
|---|---|
| 受付期間 | 随時お申し込み可能 |

登録研修機関　かまくら愛の郷