

令和4年度 喀痰吸引等研修（第二号研修）  
受講申込書

受講希望	受講研修	基本研修及び実地研修 ・ 実地研修のみ					
受講者情報	フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所	〒	性別	男 ・ 女			
	電話番号		研修の一部履修免除 ※1	該当 ・ 非該当			
	メールアドレス ※施設代表メールをご記入ください	@					
	緊急連絡先						
	介護福祉士資格及び職歴	有 ・ 無	福祉現場の勤続年数		( )	年	( )
		現勤務先の勤続年数		( )	年	( )	ヶ月
事業所情報	事業所種別		事業所名称				
	住所	〒	担当者名				
	電話番号		FAX番号				
実施研修関係（事業所の状況等）	実地研修実施の可否	①自施設での実地研修は可能か？					可 ・ 否
		②「①」で「否」の場合・・・同一法人内の施設での実地研修は可能か？					可 ・ 否
	勤務先の利用者状況	項目	利用者人数	研修希望	項目	利用者人数	研修希望
		口腔内吸引			胃ろう・腸ろう経管栄養		
		鼻腔内吸引			経鼻経管栄養		
		気管内カニューレ					
実地研修施設名			指導看護師氏名 ※准看護師不可				
備考							

※1 研修の一部履修免除の場合はそれを証明する修了証等のコピー（受講者募集要項別紙4に該当の者）

自施設（現在の勤務先）での実地研修が「否」の場合、所属する法人内他事業所（施設）での実習の可否について記載してください

②指導看護師の正看護師免許証のコピー ※指導看護師の変更があった場合は必ず連絡してください

③指導看護師講習または医療的ケア教員講習会の修了証のコピー

実地研修で実施する行為は5行為の中から任意で選ぶことができます。希望する行為の欄に○印をおつけください。対象者が不在の場合、当方で実習施設を紹介することも可能です。紹介を希望される場合には、**行為の欄に「要紹介」と記載**してください。（ただし、状況によっては紹介できない場合もあります。詳しくは募集要項をご確認ください。）

養成施設等の教育課程において医療的ケアの科目修了者、喀痰吸引等研修第2号研修修了者、介護職員実務者研修修了者、「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知）に基づく研修修了者が該当となります。申込書に研修修了を証明する書類を添付してください。

> 同一の施設で受講希望者が複数いる場合は、受講者1名ごとに申込書を作成してください。

磐田市立総合病院 記入欄	受付日：	受講可否通知：	入金日：
--------------	------	---------	------