【様式Ⅰ】

令和７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

1　受講を希望する研修種別

	第一号研修
	第二号研修

2　希望するコース

	実地研修のみ　（7,000 円）
	半固形型演習＋実地研修　（13,000 円）
	手順解説＋実地研修　（20,000 円）
	手順解説＋半固形型演習＋実地研修（26,000 円）

3　受講者及び所属先の情報

フリガナ		生年月日	西暦　　年　月　日 （昭和・平成　　年）		
受講者氏名	印	年　齢	歳	性　別	男　・　女
		施設・事業所での経験年数 （申込日現在で記入）	年　　か月		
受講者住所	〒				

所属施設・事業所	設置主体		サービス種別	
	名　称			
	住　所	〒		
	連絡先	(TEL)		
		(FAX)		
	研修申込担当者名			

利用者の状況（申込日現在） 項　目	対象利用者数
口腔内の喀痰吸引	人
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(半固形型)	人
胃ろうによる経管栄養(滴下型)	人
腸ろうによる経管栄養(半固形型)	人
腸ろうによる経管栄養(滴下型)	人
経鼻経管栄養	人

4　実地研修先

	所属する施設・事業所等
	所属する施設・事業所等以外（下記の空欄に名称を記入）

5　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		連絡先電話番号	

私は、喀痰吸引事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

	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。
	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。

6　保有資格・研修

	介護福祉士実務者研修①（講義に相当する範囲を全て通信課程で受講した方）
	介護福祉士実務者研修②（「たんの吸引の実施手順解説」、「経管栄養の実施手順解説」をともに含む科目をスクリーニング形式で受講した方）
	14 時間研修（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に喀痰吸引等を行っていた方）
	基本研修（介護福祉士養成施設等で医療的ケア５０時間の研修を修了した方）

※上越老人福祉協会　使用欄　（　受講決定　・　受講不決定　）　整理番号＿＿＿＿＿＿＿＿