【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

1　受講を希望する研修種別

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

2　希望するコース

	Ａコース　実地研修のみ （8,000 円）
	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

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		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			
所属施設・事業所　名　称					
所属施設・事業所　住　所	〒				
所属施設・事業所　連絡先	(TEL)				
	(FAX)				
所属施設・事業所　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（※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）

	介護福祉士養成施設（学校）を卒業した方
	介護福祉士実務者研修を修了した方
	喀痰吸引等研修の「基本研修」を修了した方
	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

※上越老人福祉協会　使用欄　（　受講決定　・　受講不決定　）　整理番号