

【様式 I】

令和5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 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 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)	利用者の状況 (申込日現在)	項 目	対象利用者数
		(FAX)		口腔内の喀痰吸引	人
研修申込担当者名		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		人	
		腸ろうによる経管栄養	人		
		経鼻経管栄養	人		

3 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）

4 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。

5 科目の免除に関わる資格・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 登録研修機関 使用欄

受講決定	・	受講不決定	① 整理番号	② 整理番号
------	---	-------	--------	--------

【様式Ⅱ】

社会福祉法人 上越老人福祉協会 喀痰吸引等研修
推薦状

記入年月日：令和 年 月 日

社会福祉法人上越老人福祉協会
理事長 川 室 優 様

住所	
設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・事業所長氏名	印
電話番号	
FAX 番号	
担当者氏名	

下記の職員を、喀痰吸引等研修の受講者に責任をもって推薦します。

下記の職員の受講が決定した際は、下記職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。

(但し所属する施設・事業所以外での実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ)

推薦状(取りまとめ表)、下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

氏 名	

1. 実地研修先

実地研修先(どちらかを○)	所属する施設事業所 • 所属する施設事業所以外
---------------	-----------------------------------

2. 実地研修先が所属する施設・事業所以外の場合の実地研修先

実 地 研 修 先	住所	
	設置主体	
	事業種別	
	施設・事業所名	
	施設長・事業所長氏名	
	電話番号	
	FAX 番号	
	担当者氏名	
実地担当者電話番号		

3. 実地研修の指導講師（受講生の人数に関わらず 1 名以上が必要です）

実地研修の指導講師	ふりがな	指導講師所属施設：
	氏名	指導講師電話番号：
実地研修の指導講師	ふりがな	指導講師所属施設：
	氏名	指導講師電話番号：
実地研修の指導講師	ふりがな	指導講師所属施設：
	氏名	指導講師電話番号：
実地研修の指導講師	ふりがな	指導講師所属施設：
	氏名	指導講師電話番号：

4. 実地研修先の利用者の状況

実地研修先の 利用者の状況 (申込日現在)	口腔内の喀痰吸引者	人	胃ろうによる経管栄養者	人
	鼻腔内の喀痰吸引者	人	腸ろうによる経管栄養者	人
	気管カニューレ内部の喀痰吸引者	人	経鼻経管栄養者	人

5. 受講に係る確認事項（確認欄に☑のチェックを入れてください）

確認欄	確認内容
	推薦する受講生は、募集要項の「3. 受講対象者」であり受講要件を満たしている

6. 受講が決定した際の受講料の請求方法（どちらかに○）

請求書の宛先	受講生個人宛 ・ 所属する施設・事業所宛
「所属する施設・事業所宛」の場合 複数名の受講生がいる際の請求方法	受講生別に作成 ・ 施設事業所の合計金額で作成