履 歴 書　（受講申込書）

年　　月　　日現在

フリガナ 氏　名		印
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生　（満　　歳）	※　男・女

写真
1.縦　36～40㎜
横　24～30㎜
2.本人単身胸から上

フリガナ 現住所　〒（　　－　　）	TEL FAX
携帯電話	Email
フリガナ 連絡先　〒（　　－　　）（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	TEL FAX

年	月	学歴・職歴など（項目別にまとめて書く）

年	月	免 許 ・ 資 格
その他特記すべき事項		

免除科目に該当する研修（受講済証別途添付）

年	月	受講済研修（〇で囲んで下さい）
		①実務者研修医療的ケア（５０時間）　②特養１４時間研修　③基本研修（講義・演習）を修了

※①、③の研修を受講済みの方は講義・演習が免除とされておりますが、
　当方人研修では受講する実地研修行為の演習補講が必要となります。

研修課程について（どちらかにチェックをして下さい）

	一号	喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ内）経管栄養（胃瘻腸瘻・経鼻）の5行為
	二号	喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ内）経管栄養（胃瘻腸瘻・経鼻）のうち4行為以下

実地研修場所と実地研修行為について（受講する場所と行為にチェックをして下さい）

□所属施設　　口腔吸引□　鼻腔吸引□　気管カニューレ内吸引□
胃ろう腸ろう　（滴下□・半固形□）　経鼻経管栄養□

□なのはな館　　口腔吸引□　鼻腔吸引□　胃ろう腸ろう（滴下）□

※当法人実地研修場所（なのはな館）には・気管カニューレ内吸引　・経鼻経管栄養
　・胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（半固形）の対象者不在です。

その他の確認事項

①刑罰の有無（該当する側にチェックをして下さい）
□過去2年以内に刑罰を受けていない　□過去2年以内に刑罰を受けた
②健康状態（該当する側にチェックをして下さい）
□特に問題なし　□研修が終了するまで健康が保てるか心配がある

保護者（本人が未成年者の場合のみ記入） フリガナ		TEL
氏名	住所〒（　　－　　）	

受理日　　年　　月　　日