

# 喀痰吸引等研修受講申込書

年 月 日現在

写真  
1. 縦 36~40mm  
横 24~30mm  
2. 本人半身胸から上

フリガナ									
氏名									
生年月日	昭和 平成	年	月	日	満	歳	男	・	女
住所	〒( - )								
電話番号	携帯				自宅				
保有資格	介護福祉士		介護職員基礎研修修了			介護職員初任者研修修了			
	訪問介護員養成研修 級修了					介護業務 経験年数 年 月			
勤務先									
住所	〒( - )					電話番号			

## ・免除科目に該当する受講済研修（受講済証別途添付）

修了年・月	受講済研修(チェックをして下さい)		
	<input type="checkbox"/> ①実務者研修医療的ケア（50時間）	<input type="checkbox"/> ②特養14時間研修	<input type="checkbox"/> ③基本研修（講義・演習）

※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、  
当法人研修では基本研修免除者事前講義及び演習を行います。

## ・研修課程について（どちらかにチェックして下さい）

<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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）のうち任意の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して下さい)

<input type="checkbox"/> 所属施設	口腔吸引 <input type="checkbox"/>	鼻腔吸引 <input type="checkbox"/>	気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/>
	胃ろう腸ろう (滴下 <input type="checkbox"/> ・半固形 <input type="checkbox"/> )			
<input type="checkbox"/> なのはな館	口腔吸引 <input type="checkbox"/>	鼻腔吸引 <input type="checkbox"/>	胃ろう腸ろう(滴下) <input type="checkbox"/>	

※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（該当する側にチェックして下さい）

### ①刑罰の有無

<input type="checkbox"/> 過去2年以内に刑罰を受けていない	<input type="checkbox"/> 過去2年以内に刑罰を受けた
---	--

### ②健康状態

<input type="checkbox"/> 特に問題なし	<input type="checkbox"/> 研修が終了するまで健康が保てるか心配がある
---------------------------------	--

受理日 年 月 日  
医療法人社団慶勝会