

第2号喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			性別 男 ・ 女
現住所	〒 電話 _____ メール _____		
生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
現在の勤務先	法人名	事業所名	
	事業所所在地	〒 _____ 電話 _____ F A X _____	
施設種別 ※該当に○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護医療院 4. 訪問介護 5. グループホーム 6. 特定施設入居者生活介護 7. その他 ( )		
保有資格 ※該当に○	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 実務者研修修了者 4. 初任者研修修了者 5. その他 ( )		
免除科目 ※該当に○	1. 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについて」（平成22年4月1日給医政発第0401第17号厚生労働省医政局長通知）に基づくたんの吸引等を適切におこなうために必要な知識および技術に関する研修を修了した者 2. 平成22年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員によるたんの吸引等の試行事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」を修了した者 3. 「平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について」（平成23年度10月6日老発1006第1号厚生労働省老健局長通知）に基づく研修を修了した者 4. 「平成24年度以降に「たん吸引等研修第1号・第2号研修」を受講するも、やむを得ず修了しなかったため、「一部履修証明書」を持つ者 5. 介護福祉士養成機関で「医療的ケア」の講義・演習を履修した者 6. 介護福祉士実務者研修を修了した者		
職歴	介護現場の勤務年数 ( ) 年 ( ) ヶ月		
研修種別 及び受講料	<input type="checkbox"/> 2号研修（基本研修+実地研修） ￥176,000（税込） （実務者研修修了等を書面で証明することができ、実地研修のみを受講する者） <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引の実地研修 ￥11,000（税込） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引の実地研修 ￥11,000（税込） <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養の実地研修 ￥11,000（税込） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養の実地研修 ￥11,000（税込）		

- ① 事前に電話連絡の上、上記に必要な事項を記入し、ご持参いただくか郵送にてお申込みください。
- ② 保有資格がある場合は、その免許証の写しを添付して下さい。（介護福祉士登録証等）
- ③ 免除科目のある場合は、修了証明書等証明できる書類の写しを添付してください。（実務者研修修了証明書等）
- ④ 追試等がある場合は、別途費用が掛かります。
- ⑤ 受講料は、受講日確定後3日以内に下記口座に受講者名でお振込みください。  
振込手数料は受講生負担です。  
埼玉りそな銀行 日高支店 普通 3833008 医療法人 積仁会 (ｲｸﾞﾈﾝｶｲ ｼﾞﾝｲﾝｶｲ)