

## 受講申込書

記入日： 年 月 日

■ 施設等関係 ※空欄に必要事項をご記入ください。					
法人名					
サービス種別		施設名			
所在地	〒				
電話番号		FAX番号			
メールアドレス（施設代表アドレス）					
施設担当者名					
■ 研修内容について ※いずれかにチェック☑をしてください。					
受講内容※1	<input type="checkbox"/> 基本研修より受講 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ受講 <input type="checkbox"/> 行為の追加				
■ 実地研修について（施設の状況等） ※空欄に必要事項を記入および該当にチェック☑をしてください。					
実施場所	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 同一法人内施設 <input type="checkbox"/> 紹介希望※2				
実施施設名	※ 同一法人内施設で行う場合は、施設名を記載してください。				
利用者状況	施設内にて対象となる利用者の人数				
	口腔内吸引	鼻腔内吸引	気管カニューレ 内部の吸引	胃ろうまたは腸ろう による経管栄養	経鼻経管栄養
	人	人	人	人	人
指導看護師名 （実務経験年数）	※ 実地研修の評価を担当される看護師の氏名と（ ）に実務経験年数を記載してください。				
備考					
■ 受講者について（専ら介護業務に従事している方） ※空欄に必要事項を記載および該当に○をつけてください。					
フリガナ 氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
			性別	男性・女性	
住所	〒				
電話番号（自宅）			緊急連絡先（携帯電話）		
介護福祉士資格	有・無	介護福祉士資格取得年月日			
研修の一部履修免除 ※3	該当・非該当				
免除項目	経過措置による口腔吸引・その他（ ）				
職歴			【福祉現場での勤続年数】	年	ヶ月
当会の宿泊施設の利用			宿泊する	・ 宿泊しない	

## 【備考】

- ※1 基本研修より受講の場合は、「講義・演習・実地研修」全てを行います。行為の追加は、実地研修のみの受講となり、第2号研修をすでに修了された方で、追加で未実施の特定行為を行う方が対象となります。
- ※2 実地研修のみ受講または行為の追加希望者の場合、自施設または同一法人内での実地研修が可能な方のみ、受講可能となります。こちらで実施施設の紹介はできませんのでご了承ください。
- ※3 養成施設等の教育課程において医療的ケアの科目修了者、喀痰吸引等研修第2号研修修了者、介護職員実務者研修修了者、「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知）に基づく研修修了者が該当となります。→[申込書に必ず研修修了を証明する書類を添付してください。](#)

◇ 同一の施設で受講希望者が複数いる場合は、受講者1名ごとに申込書を作成してください。  
この申込書に記載いただいた内容は、研修を運営する目的以外では使用しません。

—お申込み・お問い合わせ先—  
社会福祉法人天竜厚生会 福祉サービス課  
TEL/053-583-1123 FAX/053-583-2655  
E-mail : service@tenryu-kohseikai.or.jp