

## 受講申込書

記入日: 令和 年 月 日

施設等関係						
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 ※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 <b>※実地研修のみ受講される方はフォローアップ講座の希望及び参加日程にチェックをしてください。</b> <input type="checkbox"/> フォローアップ講座を希望する【日程:令和8年5月29日 <input type="checkbox"/> 9:00-12:00 <input type="checkbox"/> 14:00-17:00】 <input type="checkbox"/> 希望しない					
実地研修(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・腸ろう 経管栄養(滴下)	胃ろう・腸ろう 経管栄養(半固形)	経鼻経管栄養
	人	人	人	人	人	人
研修希望 (利用者がいる行為のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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主たる看護師の氏名と( )に実務経験年数を記載してください。					
	( 年)		( 年)		( 年)	
受講者(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チェック☑をつけてください。						
フリガナ 氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生		
			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護福祉士資格 取得年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
研修 一部履修免除 ※3	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	免除項目		<input type="checkbox"/> 基本研修 <input type="checkbox"/> 経過措置による口腔吸引		
福祉現場 経験年数	年 月		当会宿泊施設 の利用	<input type="checkbox"/> 宿泊する <input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 利用しない		

## 【必要添付書類】

※ **研修の一部履修免除の対象者の方は、免除を証明する修了証等のコピーを提出してください。**

## 【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。

▶ **現在いかなる場合も当法人内の施設で実習を行っていただくことは出来ません。予めご了承ください。**

※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—

〒434-0015 浜松市浜名区於呂4201-6  
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

※申込用紙は天竜厚生会ホームページからダウンロードできます。

<http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/>