

喀痰吸引等研修受講申込書

募集要項・感染予防対策についての内容を確認し同意の上申し込みます。

2025年 4月 7日現在

フリガナ	アカモン タロウ		
氏名	赤門太郎		
生年月日	昭和 平成 7年 4月 1日	満 25歳	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒(294 - 0034) 千葉県館山市沼1599-1		
連絡先	TEL : 080-1234-5678	メールアドレス :	aaaaa@bbbb.co.jp
保有資格 ※資格証 別途添付	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 級修了	<input type="checkbox"/>	介護業務 経験年数 6年 5月
勤務先	○○○○○○○○○○○○		
住所	〒(294 - 0034) 千葉県館山市沼1599-1	電話番号	0470-78-9123

・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)		
平成30 7	<input checked="" 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喀痰吸引等研修基本研修（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、
当方人研修では基本研修免除者事前講義及び演習の受講が必要です。

・研修課程について（どちらかにチェックをして下さい）

<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 checked="" 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をして下さい）

<input type="checkbox"/> 所属施設	<input type="checkbox"/> 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"/>
	<input type="checkbox"/> 胃ろう腸ろう	<input type="checkbox"/> (滴下 <input type="checkbox"/> ・半固形 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> なのはな館	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう腸ろう（滴下）	<input checked="" 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をして下さい）

①刑罰の有無

<input checked="" 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 checked="" 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
--	--

③通信機器所持状況（講義の一部をオンラインで行います。環境準備、通信費用は受講者負担となります）

※光回線・Wi-Fi環境推奨、パソコン推奨

<input type="checkbox"/> いずれも無し	<input type="checkbox"/> モバイル回線	<input checked="" type="checkbox"/> 光回線	<input checked="" type="checkbox"/> Wi-Fi環境
---------------------------------	---------------------------------	---	---

<input type="checkbox"/> いずれも無し	<input type="checkbox"/> スマホ	<input type="checkbox"/> タブレット	<input checked="" type="checkbox"/> パソコン
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--

受理日 年 月 日
医療法人社団慶勝会