

# 喀痰吸引等研修（第1号2号研修）受講申込書

社会福祉法人 福祉共生会

〒274-0073 千葉県船橋市田喜野井 2-18-3-201

TEL 047-476-8583 FAX 047-481-8593

記入日 令和 年 月 日

申込者情報						
フリガナ						性別
受講者氏名						男 女
↑ 住民票記載の文字での記入をお願いします						
生年月日	昭和	平成	年	月	日	
住所	〒					
受講者電話番号	— —					
事業所名						
事業所住所	〒					
事業所電話番号				事業所 FAX 番号		
事業所担当者名						
受講する研修						
	1号基礎研修		2号基礎研修		1号演習	2号演習
	1号実地研修				2号実地研修	
研修の一部履修免除						
	なし				あり (下記該当項目に○をつけてください)	
※履修免除が「あり」の場合は、下記該当項目に○をつけてください。						
※資格・研修の修了証の写しを添付してください						
	介護福祉士実務者研修①（「たんの吸引の実施手順解説」「経管栄養の実施手順解説」をもとに含む科目をスクーリング形式で受講した方）					
	介護福祉士実務者研修② (講義に該当する範囲を全て通信課程で受講した方)					
	14 時間研修（特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引を行っていた方）					
	福祉大学（介護福祉士・社会福祉士学科等）または介護福祉士養成校で医療的ケア（50時間）の基本研修（講義・演習）を受講した方					
	登録研修機関で50時間基本研修（講義・演習）を修了し、第2号研修修了者（修了証のある方）					