

令和 8 年度平成会研修センター後期喀痰吸引等研修（第一・二号研修）  
受講申込書

社会福祉法人 平成会  
理事長 小松 瑞樹 様

事業所名 \_\_\_\_\_

受講申込者名 \_\_\_\_\_ 印

標記研修会について、次のとおり受講を申し込みます。

記載日 令和 年 月 日

|                                          |                                                                                                                                      |                             |                                  |                                                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 所 属<br>法人名                               |                                                                                                                                      |                             | サービス<br>種別                       |                                                                      |
| 事業所<br>所在地                               | 〒 ー                                                                                                                                  |                             |                                  |                                                                      |
| 連絡先                                      | TEL :<br>FAX :                                                                                                                       | 担当者名                        |                                  |                                                                      |
| (ふりがな)<br>受講者<br>氏名                      | (生年月日 年 月 日)<br>(性別 男 ・ 女 )                                                                                                          |                             |                                  |                                                                      |
| 受講者<br>現住所                               | 〒 ー                                                                                                                                  |                             |                                  |                                                                      |
| 受講者<br>連絡先                               | TEL 携帯                                                                                                                               |                             |                                  |                                                                      |
| 現在の<br>職名                                |                                                                                                                                      | 保有<br>資格                    |                                  |                                                                      |
| 受講者の<br>介護の<br>経験                        | 施設・事業所名                                                                                                                              | 勤務時<br>の職種                  | 通算勤務期間<br>( 〇年 〇か月)              |                                                                      |
|                                          |                                                                                                                                      |                             |                                  |                                                                      |
|                                          |                                                                                                                                      |                             |                                  |                                                                      |
|                                          |                                                                                                                                      |                             |                                  |                                                                      |
| 研修種別<br>希望するコ<br>ースに☑を<br>してくださ<br>い。注 1 | <input type="checkbox"/> 第 1 号研修：5 行為<br><input type="checkbox"/> 第 2 号研修：希望する行為に☑をして下さい                                             |                             |                                  |                                                                      |
|                                          | <input type="checkbox"/> 口腔                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 鼻腔 | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ | <input type="checkbox"/> 胃ろう<br>(滴下のみ) <input type="checkbox"/> 経鼻経管 |
| 免除確認<br>該当する方は<br>☑を入れてく<br>ださい。         | <input type="checkbox"/> 認定特定行為業務従事者認定書あり<br><input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修修了者<br><input type="checkbox"/> 平成 28 年度以降介護福祉士養成校卒業生 |                             |                                  |                                                                      |
| 実施研修先<br>該当に○を<br>してくださ<br>い。            | 所属法人内で行います ・ 依頼します                                                                                                                   |                             |                                  |                                                                      |

(注 1) 1 号研修及び 2 号研修内気管カニューレ内吸引、経鼻経管を選択する者は実地研修先を自ら確保できるものとします。

令和8年度平成会研修センター後期喀痰吸引等研修（第一号・二号研修）  
受講推薦書

社会福祉法人平成会  
理事長 小松 瑞樹 様

法人名  
事業所名  
事業所長名

印

当該事業所において、介護（障害者の支援）に係る業務に従事している次の者について、標記研修会の受講について推薦します。

| 優先順位 | 氏 名 | 職 名 |
|------|-----|-----|
| 1    |     |     |
| 2    |     |     |
| 3    |     |     |
| 4    |     |     |

所属事業所の喀痰吸引等のケアを必要とする該当者の現在の人数について

|                      |   |
|----------------------|---|
| 口腔内吸引                | 人 |
| 鼻腔内吸引                | 人 |
| 気管カニューレ内吸引           | 人 |
| 胃ろう・腸ろうによる経管栄養（滴下のみ） | 人 |
| 経鼻経管栄養               | 人 |

実地研修に関する申告（該当に○をしてください）

|           |                                            |
|-----------|--------------------------------------------|
| 実地研修施設の確保 | 所属法人での実施          可          ・          不可 |
| 実地研修事業所名  |                                            |
| 指導看護師名    |                                            |

※指導看護師について、「喀痰吸引等研修事業実施のための指導者養成講習」を修了していること。必要に応じて指導者養成講習修了証の写しを提出していただきます。

※ 本表は各事業所で1枚提出してください。

令和8年度平成会研修センター後期喀痰吸引等研修（第一号・二号研修）  
一部履修免除の申出書

社会福祉法人 平成会  
理事長 小松 瑞樹 様

事業所名  
受講申込者名

印

下記の科目について、履修免除を申し出ます。

| 基本研修のうち下記の科目               |  |
|----------------------------|--|
| (ア) 基本研修（講義）の全て ※筆記試験を含む   |  |
| (イ) 基本研修（講義）の一部 ※筆記試験は含まない |  |
| (ウ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ |  |
| (エ) 基本研修（演習）のうち、4回目まで      |  |
| 実地研修のうち、下記の行為              |  |
| (カ) 喀痰吸引（口腔内）              |  |
| (キ) 喀痰吸引（鼻腔内）              |  |
| (ク) 喀痰吸引（気管チューブ内部）         |  |
| (ケ) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）         |  |
| (コ) 経鼻経管栄養                 |  |

\* 免除を希望する科目の全てに○をしてください。

注1：特別養護老人ホームの経過措置対象者が、免除できる科目は、(ウ)と(カ)です。

注2：特定の者対象の研修を修了した者については、免除科目はありません。

注3：医療的ケア履修修了者が、免除できる科目は、(イ)と(エ)です。

注4：平成28年度以降介護福祉士養成校卒業生及び行為追加者が免除できる科目は、(ア)です。

注5：免除を希望する場合は、認定特定行為業務従事者認定証の写し及び研修修了証又は受講証明書等の写し又は「医療的ケア」科目履修の証明書類を添付してください。