

## 佐久大学喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

学校法人佐久学園 理事長 様

法 人 名

事 業 所 名

事業所長名

印

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                   |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| 事業所名                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                   |
| 事業所所在地                                    | 〒 -                                                                                                                                                                                                                                                      | サービス種別      |                   |
| 連絡先                                       | 電 話<br>F A X                                                                                                                                                                                                                                             | 事 務<br>担当者名 |                   |
| (ふりがな)<br>受講者名                            |                                                                                                                                                                                                                                                          | 生年月日        | 昭和・平成<br>年 月 日    |
| 自宅住所<br>電話番号                              | 〒 -<br>- -                                                                                                                                                                                                                                               | 保有資格        | ・介護福祉士<br>・ヘルパー   |
| 受講者の<br>介護の<br>経 験                        | 施設・事業所名                                                                                                                                                                                                                                                  | 勤務時の職種      | 通算勤務期間<br>( 年 か月) |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 年 か月              |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 年 か月              |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 年 か月              |
| 実地研修<br>コース<br><br>*希望研修に<br>☑をして<br>ください | <input type="checkbox"/> 第 1 号研修 (必要行為：喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)、<br>経管栄養(胃ろう又は腸ろう)、経鼻経管栄養)                                                                                                                                                                |             |                   |
|                                           | <input type="checkbox"/> 第 2 号研修           ・喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内、 <input type="checkbox"/> 鼻腔内、 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部<br>・経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう、 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養<br>(上記、行為のうちいずれか1つ以上を選択)(注1) |             |                   |
| 所属法人内での<br>実地研修の実施                        | 可                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                   |
| 指導看護師名                                    |                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                   |

(注1) 基本研修修了者および実務者研修修了者で履修免除希望の場合の申し込みは第2号研修のみとなります。

## 佐久大学喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

学校法人佐久学園 理事長 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下記の者について、標記研修の受講について推薦します。

## 記

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| 職 名  |  |
| 氏 名  |  |
| 推薦理由 |  |

## 佐久大学喀痰吸引等研修の一部履修免除の申出書

学校法人佐久学園 理事長 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。

| 免除される科目                                    | 対象者                   | いずれかに○ |
|--------------------------------------------|-----------------------|--------|
| 基本研修（講義）の一部<br>※筆記試験は含まない                  | 介護福祉士養成施設基本研修<br>修了者  |        |
|                                            | 実務者研修修了者              |        |
| ・ 基本研修（演習）の<br>口腔内の喀痰吸引<br>・ 実地研修の口腔内の喀痰吸引 | 特別養護老人ホームの経過措置<br>対象者 |        |

注1：基本研修修了者および実務者研修修了者で履修免除を希望する場合は第2号研修のみの申込となります。

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：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基本研修修了証又は受講証明書等の写しを添付してください。