

敬老園本部喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

社会福祉法人敬老園本部
理事長 斎藤 剛志 様

事業所名
受講申込者名

印

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

記

所 属 法人名		サービス 種 別			
事業所 所在地	〒 -				
連絡先	電話 FAX		担当者名		
(ふりがな) 受講者名	(生年月日 年 月 日)				
受講者の 現住所	〒 -				
現在の 職名		保有 資格			
受講者の 介護の 経験	施設・事業所名		勤務時 の職種	通算勤務期間 (年 か月)	
研修 コース	* 受講を希望する研修コースに レ(チェック)をしてください。 ☐ 第一号研修：喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部） 経管栄養（胃ろう又は腸ろう） 経鼻経管栄養 ☐ 第二号研修：喀痰吸引（口腔・鼻腔） 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）				
実地研修 事業所名					
実地研修 施設の状況 (注)	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は 腸ろう	経鼻経管
指導看護師名 ：			研修担当者名 ：		

(注) 自施設(自法人)の施設等において実地研修が実施する場合は、対象となる利用者数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、□にレ(チェック)を入れてください。

敬老園本部喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

社会福祉法人敬老園本部
理事長 斎藤 剛志 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、標記研修会の受講について推薦します。

なお、研修の過程において習得の見込みなしと判断された場合、修了できずとも異議の申し立てはしません。

また、履修免除の申し出を行った場合でも、習得の状況が免除できる水準に達していないと判断された場合、履修免除されずとも異議の申し立てはしません。

記

事業所名	
受講申込者 職 名	
受講申込者 氏 名	
推薦理由	

敬老園本部喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）の一部履修免除の申出書

社会福祉法人敬老園本部
理事長 斎藤 剛志 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、人工呼吸器装着者に対する 喀痰吸引演習を除く全て	
(エ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ	
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：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を添付してください。

※実務者研修修了者については、実務者研修修了証と共に医療的ケアの修了証の写しを添付してください。

※介護福祉士養成校卒業生については、医療的ケアの修了証の写しを添付してください。