

## LMCビジネススクール 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

株式会社ライフマスターコーポレーション  
代表取締役 大井 一浩 様

法人名  
事業所名  
事業所長名

印

標記の研修会について、下記のとおり申し込みます。

|                                 |   |        |                |           |      |
|---------------------------------|---|--------|----------------|-----------|------|
| 所属法人名                           |   | サービス種別 |                |           |      |
| 事業所の所在地                         | 〒 -   |        |                |           |      |
| 連絡先                             | 電話：<br>FAX：   | 担当者名   |                |           |      |
| (ふりがな)<br>受講者氏名                 | 生年月日： 昭和・平成 年 月 日 (満 歳)   |        |                |           |      |
| 受講者の現住所                         | 〒 -<br>携帯電話( - - )  |        |                |           |      |
| 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○ヶ月) |           |      |
|                                 |   |        |                |           |      |
|                                 |   |        |                |           |      |
| 希望する研修のコース                      | ※希望する行為を4行為まで○で囲んでください<br>口腔内吸引 ・ 鼻腔内吸引 ・ 気管カニューレ<br>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養 |        |                |           |      |
| 実地研修施設の確保                       | 所属法人での実施 可 ・ 不可 (←いずれかに○をつけてください)   |        |                |           |      |
| 実地研修を予定する施設の対象利用者数(重複可)         | 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・腸ろう   | 経鼻経管 |
|                                 | 人   | 人      | 人              | 人         | 人    |
| 実地研修を行う予定の施設名<br>(指導を行う予定の看護師名) |   |        | (指導看護師名： )     |           |      |
| 複数申込の場合の受講者の優先順位                |   |        | /              |           |      |

※ 自施設(自法人)で実地研修する場合、指導看護師の喀痰吸引等研修事業実施のための 指導者養成講習修了証等の写しを添付して下さい。

LMCビジネススクール 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講推薦書

株式会社ライフマスターコーポレーション  
代表取締役 大井一浩 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、標記の研修会を受講させたく推薦します。

なお、研修の過程において修得の見込みなしと判断された場合は、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、修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

|              |  |
|--------------|--|
| 受講者の所属する事業所名 |  |
| 受講者の職名       |  |
| 受講者の氏名       |  |

LMCビジネススクール 喀痰吸引等研修  
(第二号研修) の一部履修免除の申出書

株式会社ライフマスターコーポレーション  
代表取締役 大井一浩 様

法人名  
事業所名  
事業所長名

印

受講者氏名

印

下記の科目について、履修の免除を申し出ます。

記

|   |  |
|---|--|
| 【基本研修のうち下記の科目】                              |  |
| (ア) 基本研修（講義）の全て ※実務者研修修了者を含む                |  |
| (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<br>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) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）                          |  |

\* 免除を希望する科目に○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、(エ)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：免除を希望する場合、認定特定行為業務従事者認定証の写し、及び実務者研修修了証、又は受講証明書等の写しを添付してください。

注4：長野県の喀痰吸引等研修規定においては、経過措置対象者及び実務者研修修了者は、筆記試験の免除とはなりません。また、介護福祉士養成校の修了者は、実地のみとなります。