

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。

記

所属法人名		サービス 種別	
事業所の 所在地	〒 -		
連絡先	電話: FAX:	担当者名	
(ふりがな) 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	〒 - 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	受講を希望する研修コースを○で囲んでください ・第2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	胃ろう又は腸ろう
	人	人	人
実地研修を行う予定の施設名 (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	/		

注) 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 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においては、筆記試験の免除はありません。