

喀痰吸引等研修 受講申込書 (実地のみ)

記入日 年 月 日

ふりがな			男	生年月日 ・ 年齢	
氏名	印	女	S・H	年 月 日生	() 歳
受講区分 1	<input type="checkbox"/> 第1号研修 (右記5つの行為すべて) <input type="checkbox"/> 第2号研修 (右記行為の4つまで) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 希望する行為に<input checked="" type="checkbox"/> (4つまで) </div>		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
受講区分 2	<input type="checkbox"/> 一般 (他団体修了者)		<input type="checkbox"/> 学院卒業生 <input type="checkbox"/> 本学院実務者研修修了者		
連絡先	自宅住所	〒			
	(番地、マンション名等も正確に記入してください)				
勤務先	自宅電話			携帯電話	
	法人名 施設名				
勤務先 (事業種別) 該当するものに○	所在地	〒			
	TEL			FAX	
勤務先 (事業種別) 該当するものに○	① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ グループホーム ④ 障害者支援施設 ⑤ 生活介護事業所 ⑥ 短期入所事業所 ⑦ 福祉型障害児入所施設 ⑧ 障害児通所支援事業所 ⑨ その他 ()				
実務経験年数	() 年 () カ月 ※申込時点での年数				
基本研修免除	※基本研修の免除を申請する場合はご記入ください。別途『基本研修免除申請書』をご提出願います。 手数料は3万円 (修了証明書発行手数料2万円+読替手数料1万円) です。(受講した教育機関が本学院の方は修了証明書発行手数料2万円のみです)				
	教育機関名	<input type="checkbox"/> 旭川荘厚生専門学院 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	講座名	<input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	「医療的ケア」 受講日	講義	年 月 日 ~	年 月 日	
	演習	年 月 日 ~	年 月 日		
>>> 養成校の場合は入学日~卒業日を記入してください。					
<h2>受入承諾書</h2> <p>本施設には、「国又は県等による喀痰吸引等指導者研修」または「医療的ケア教員講習会」を修了している者 (医師又は看護師等) がおります。よって、募集要項の内容を確認し、上記の者を「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修事業 (不特定多数の者対象：第1号及び第2号研修)」の受講者として受け入れいたします。</p>					
実地研修 実施施設	法人名 施設名 代表者名	印			
	所在地	〒			
	TEL	事務担当者氏名：			
	実地研修指導担当者		本学使用欄	契約有 () 無	

様式第6号

基本研修免除申請書

令和 年 月 日

旭川荘厚生専門学院吉井川キャンパス
学院長 殿

受講者氏名 印

学校法人旭川荘喀痰吸引等の実施のための研修事業業務規程第10条第2項の規定に基づき、
喀痰吸引等の実施のための研修事業中、基本研修の免除を申請します。

1 基本研修に相当する講座を修了した教育機関名

(1) 大学・短期大学 大学 学部 学科 年 月 日
(2) その他の教育機関 卒業 中退

2 基本研修に相当する講座の名称

3 基本研修に相当する講座の内容

修了した科目名	時間数	評価	備考
医療的ケア			

※基本研修に相当する講座の修了証明書を添付すること