

**2025年度喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）  
「介護職員基本研修《免除》・実地研修」受講申込書**

**1 受講希望介護職員氏名**

ふりがな			生年月日	性別
氏名	印		昭和・平成 年 月 日	男・女
住所	〒			
電話番号	- - -	保有資格		

**2 勤務先事業所名等**

事業所名	法人名 (事業所番号 : )			
	事業所名			
	事業所種別(例:通所介護 等)			
所在地	〒			
連絡先	TEL	- - -	FAX	- - -
	E-mail	@		
	所属・役職等		担当者名	

**3 介護福祉士実務者研修「医療的ケア」(50時間)実施について**

研修機関名	所在地		
研修修了日	修了証書	有・無	※写しを添付

**4 実地研修先の確保について**

研修先	※該当する番号に○を付けてください。2、3の場合は( )内に事業所名を記入してください。 1 所属施設・事業所 2 同法人内の他の施設・事業所 3 その他、協力事業所等 ( ) ( ) ( )				
	指導看護師 ※書ききれない場合は裏面に記入してください。	氏名	勤務先	受講した研修機関	受講年度
				年度	
				年度	
				年度	
実施可能な 実地研修 (利用者状況)	※第一号または第二号にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 第一号研修 ①～⑤全て <input type="checkbox"/> 第二号研修 ①～⑤のうち、希望する項目の欄にレ点をつけてください。				
	研修希望	項目	利用者数※1	研修希望	項目
		① 口腔内吸引	名	④-1胃ろう又は腸ろう経管栄養(滴下のみ)	名
		② 鼻腔内吸引	名	④-2胃ろう又は腸ろう経管栄養 (滴下及び半固体化栄養剤)	名
		③ 気管カニューレ内部吸引	名	⑤ 経鼻経管栄養	名
	※1 : 実地研修の実施に同意を得られる予定の利用者数(申込時点での人数)を記入してください。 ※2 : 半固体化栄養剤に関する講義や演習を実施した方に限ります。				

上記のとおり、喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）の受講を申し込みます。

2026年 月 日 施設長・事業所管理者

職位

氏名

印