

## たん吸引等研修 受講申込書

「業務規程」および「実地研修委託契約書」を理解・承諾のうえ、別紙の誓約書を添えて、以下のとおり、  
日本福祉大学大阪サテライト主催 たん吸引等研修受講を申し込みます

ふりがな 氏名	性別	生年月日 昭和・平成 年 月 日	資格(例:介護福祉士など)
自宅住所 〒	介護職経験年数 年 月		
電話番号 ( ) ファックス番号 (郵送先が自宅の方は、こちらへ受講決定通知を送付します・無い方は「無し」とご記入ください。) ( )	受講票等郵送物の宛先 (☑を記入) <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望		
日中の連絡先 (☑を記入) <input type="checkbox"/> 携帯電話 (番号 ) <input type="checkbox"/> 以下の勤務先			
受講決定の場合のテキストについて (☑を記入) ※2015年9月15日発行の改定版を使用します。 (中央法規刊「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」税込2,160円) <input type="checkbox"/> 事前に自身で購入する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入し、研修開講日に会場で受け取る			
実地研修先 (☑を記入) <input type="checkbox"/> 自身で確保する <input type="checkbox"/> 本学からの仲介施設を希望する			
実地研修科目 (認定を希望する科目 (行為) 番号に○を記入し、勤務先での利用者数をご記入ください) ①口腔内吸引 ( ) 名 ②鼻腔内吸引 ( ) 名 ③気管カニューレ内吸引 ( ) 名 ④経鼻経管栄養 ( ) 名 ⑤胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ( ) 名 ※必ず受講者と確認の上、ご記入ください。 ※③、④の科目 (行為) を仲介施設で希望された場合、同一施設で実地研修を行えないこともあります。			
上記③、④の科目 (行為) を仲介施設で希望された方のみ、貴施設での③、④対象者について☑をご記入ください。 ③ <input type="checkbox"/> 利用者の受入予定がある <input type="checkbox"/> 今のところ利用者の受入予定はない ④ <input type="checkbox"/> 利用者の受入予定がある <input type="checkbox"/> 今のところ利用者の受入予定はない			

## 【申込者勤務先について】

法人名 (例: 社会福祉法人 〇〇会など)	
種別 (例: 介護老人保健施設 など)	
勤務先名	
勤務先住所	〒
連絡先	電話: ファックス: (郵送先が勤務先の方はこちらへ受講決定通知を送付します)  事務担当者様お名前 (ご本人の代わりに連絡が取れる方):

日本福祉大学大阪サテライトにおける  
喀痰吸引等研修受講上の重要事項チェック・誓約書

- 研修の実施期間内に実地研修まで修了する必要があることを理解しました。
- 業務規程を熟読し、研修申し込みをします。
- 50時間の講義終了後、筆記試験に合格しない場合には1回に限り追試験（要追試料）を受験できること（追試験に合格しない場合には、受講中止とすること）を理解しました。
- 演習（シミュレータ演習）について、既定の回数を超えても合格できない場合には、別途、演習学習会の受講（要受講料）を義務づけられ、演習学習会を終了したのちでないと、演習の補講（要補講料）は受講できないことを理解しました。
- 演習（シミュレータ演習）、ならびに演習（シミュレータ演習）の補講には、いずれも回数制限があること（既定の回数以内で演習に合格しない場合には、受講中止とすること）を理解しました。
- 講義の補講、講義の追試験、演習（シミュレータ演習）の学習会、演習（シミュレータ演習）の補講、いずれも受講料とは別に、業務規程で定められた費用が加算されることを理解し、その費用は誰が負担するかについて確認しました。
- 実地研修の仲介を受ける場合、実地実習期間および実地実習先は大阪サテライトの指示に従うことを理解しました。
- 実地研修の仲介を受ける場合、実地実習先もしくは大阪サテライトの判断で、実習の中止を決定することがありうること（受講生に帰する理由で実習を中止する場合、受講料は一切返還しないこと）を理解しました。
- 実地研修を自施設でおこなう場合は、別紙「業務規程」および「実地研修委託契約書」の内容をよく理解し、日本福祉大学と契約を締結したうえで、受け入れることについて同意します。

上記9点につき、確かに確認（にチェック）したうえで、喀痰吸引研修等研修受講にあたっては、本学業務規程を遵守することを誓約します。

平成 年 月 日

受講申込者名 \_\_\_\_\_

受講申込者勤務先名 \_\_\_\_\_

受講申込者勤務先住所 \_\_\_\_\_

受講申込者勤務先代表者名 \_\_\_\_\_

⑩

※以下は、一部科目が免除もしくは一部履修済みの方のみご記入ください。

免除（または一部履修済み）科目についての申告書

<input type="checkbox"/> 基本研修すべて（講義＋筆記試験＋シミュレータ演習）
基本研修のうちの一部 * 講義 <input type="checkbox"/> 人間と社会 <input type="checkbox"/> 保健医療制度とチーム医療 <input type="checkbox"/> 安全な療養生活 <input type="checkbox"/> 清潔保持と感染予防 <input type="checkbox"/> 健康状態の把握 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の経管栄養概論 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の経管栄養手順解説 <input type="checkbox"/> 筆記試験 * シミュレータ演習 <input type="checkbox"/> 口腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
<input type="checkbox"/> 実地研修すべて（口腔内喀痰吸引・鼻腔内喀痰吸引・気管カニューレ内喀痰吸引・経鼻経管栄養・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養）
実地研修のうちの一部 <input type="checkbox"/> 口腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

私は、上記のの科目については免除（一部履修済み）となりますので、証明書類の写しを添えて申告いたします。

受講申込者名 \_\_\_\_\_ (印)