**【A】**

受講№

事務局記入欄

**2025年度 第2号研修「不特定多数の者対象」**

**第1回　介護職員等によるたん吸引等研修事業　受講申込書**

「登録研修機関業務規程」及び「実地研修委託契約書」を理解・承諾の上、別紙の誓約書、免除申告書を添えて、以下のとおり、日本福祉大学社会福祉総合研修センター主催の第2号研修「不特定多数の者対象」たん吸引等研修の受講を申し込みます

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 年　　　 月 　　 日  |

【受講者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 保有資格 |  | 介護職経験年数 | 　　　　年　　　　か月 |
| 受講理由※該当箇所に☑を入れてください | □ 職場内に医療行為を必要とする利用者がいるため□ 医行為を必要とする利用者を受入予定しているため□ ご自身のレベルアップを目指して（専門性の向上）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　 |

【勤務先情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 事業所種類 | * 介護老人福祉施設　　　　□介護老人保健施設　　　　□介護療養型医療施設
* 訪問介護　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス※事務連絡がつながるアドレスをご記入ください | 　　　　　　　　　　　　＠ |
| ご担当者様 |  |

【受講申込（ ☑ を記入）】

**【A】**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講申込内容 | **□** 基本研修(講義・演習)＋実地研修**□** 実地研修のみ |
| 免除科目※詳細は「業務規程」参照 | **□** あり**□** なし※免除科目がある場合は、それを証明する写しと免除科目等についての申告書を提出してください |
| 実地研修先 | □ 自身で確保 | □ 自施設（勤務先） |
| □ 自施設（勤務先）以外　　※下記に実地研修先を記入してください |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 担当者名 |  |
| □ 本学からの仲介施設を希望※状況により、仲介先をご紹介できない可能性がありますので、希望の方は申込前に当センターまでお問い合わせください※実地研修で複数行為を希望する場合、同一施設にて研修を行えない場合があります |
| 実地研修科目 | 認定を希望する行為　(☑ を記入) | 勤務先の利用者数 |
| □　口腔内吸引 | 名 |
| **□**鼻腔内吸引 | 名 |
| **□**気管カニューレ内部吸引 | 名 |
| **□**経鼻経管栄養 | 名 |
| **□**胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 名 |
| テキスト | 講義テキスト**「新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト（中央法規刊）」税込2,420円****※2021年9月発行の新版を使用します**□ 主催者を通して購入する　□ 自身で事前に購入する　□ 購入しない(実地研修のみ) |