

令和8年度喀痰吸引等研修(第一号・第二号)受講申込書  
エクセル版の申込書は、ホームページに掲載しております。

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校 (<http://www.shoken-gakuen.ac.jp/college/>) > 喀痰吸引等研修

受講者(本人)記入欄

申込日: 令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	
氏名			男・女	昭和 平成 年 月 日
本人連絡先	住所	〒 -		
	TEL	( ) -	携帯	- -
	メールアドレス			
勤務先	施設・事業所名			
	所在地	〒 -		
	TEL	( ) -		
	FAX	( ) -		
施設・事業所種別	(例:特別養護老人ホーム、障害者支援施設等)			
保有資格	1. 介護福祉士 2. その他( ) <b>※申込時に資格証・修了証の写しを必ず同封してください。</b>			
経験年数	年 月			
受講方法 (講義9日間)	※R7年度は講義はありません。以下「申し込み種別」は2.基本研修(演習)、または3.実地研修に○をつけてください。			
参加会場 (演習4日間)	1. 元総社会場 ※両毛サテライトキャンパスは閉鎖となりました。			
申し込み種別	※R8年度は講義はありません。 右の2、3いずれかに○をつけてください。		2.基本研修(演習)	3.実地研修のみ
受講の一部免除に関する 研修履修の有無	1. 無		2. 有 (修了研修の名称: ) <b>※申込時に修了証の写しを必ず同封してください。</b>	

事業所管理者等記入欄

実地研修先(登録事業者)の確保について	1. 勤務先事業所 2. 同法人内の他事業所 3. その他( )			
施設・事業所で実地研修が可能な行為について	1. 第一号研修・第二号研修内容(該当項目に○をつけてください) [ 喀痰吸引: 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部 ] [ 経管栄養: 胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養 ] ※第一号研修は全項目です。第二号は部分実施です。 2. 経管栄養について 実地研修の中で半固形タイプの栄養剤の使用予定 [ 有・無 ] 3. 登録事業所申請予定 年 月			
指導看護師 氏名			※複数いる場合は、代表者のみを記入してください。 ※指導者研修修了証のコピーを添付してください。	
指導看護師 勤務先	施設・事業所名			
	所在地	〒 -		
指導者研修 の修了	研修機関			
	修了証書番号			

以上のとおり、喀痰吸引等研修の受講を申し込みます。

令和 年 月 日

施設・事業所管理者名

㊞