

# 令和7年度第19回目 喀痰吸引等研修（第1・2号研修）申込書

記載日：令和 年 月 日 株式会社ラディスト スタージ

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |  |       |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-----|
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |  | 性別    | 男・女 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |  |       |     |
| 現住所                                                                                                                                                                                                                                                                      | 〒 ー                                                                                                                                             |  |       |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | TEL                                                                                                                                             |  | 携帯TEL |     |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日生 ( ) 歳                                                                                                                                    |  |       |     |
| 勤務先                                                                                                                                                                                                                                                                      | 法人名                                                                                                                                             |  | 施設名   |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 〒 ー                                                                                                                                             |  |       |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | TEL                                                                                                                                             |  | FAX   |     |
| 施設種別                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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.訪問サービス<br>5.有料老人ホーム    6.障害者施設<br>7.その他 ( )                                                         |  |       |     |
| 保有資格                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.介護福祉士    2.介護職員基礎研修修了    3.ホームヘルパー 級修了<br>4.実務者研修    5.初任者研修    6.その他 (具体的に )                                                                 |  |       |     |
| 職歴                                                                                                                                                                                                                                                                       | 福祉職場の勤務年数 ( ) 年 ( ) ヶ月                                                                                                                          |  |       |     |
| 資格取得希望の項目                                                                                                                                                                                                                                                                | 痰の吸引 (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)<br>経管栄養 (胃ろう又は腸ろう・経鼻経管栄養)<br>人工呼吸器装着者への吸引 (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ)                                                            |  |       |     |
| 医療的ケアが必要な入居者の人数                                                                                                                                                                                                                                                          | ①痰の吸引 (口腔内) ( 人)    ②痰の吸引 (鼻腔内) ( 人)<br>③痰の吸引 (気管カニューレ内部) ( 人)<br>④経管栄養 (胃ろう・腸ろう) ( 人)    ⑤経鼻経管栄養 ( 人)<br>⑥人工呼吸器装着者への吸引 (口腔内 人・鼻腔内 人・気管カニューレ 人) |  |       |     |
| ①実地研修について<br>1,貴就労施設にてできる ⇨下記項目へ回答    2,弊社へ依頼する<br>②貴就労施設に「平成23・24年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者講習事業」における指導者講習を終了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？<br>1,いる    2,いない<br>③貴就労施設に臨床での実務経験5年以上の正看護師が従事していますか？<br>1,いる    2,いない<br>※貴就労先施設の実地研修が可能な事業所は、「実地研修実施機関承諾書」「指導者の資格証の写し」をご提出いただきます。 |                                                                                                                                                 |  |       |     |

- ①必要事項を記入し郵送にてお申し込みください
- ②免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください