令和8年度第15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　5.有料老人ホーム　6.障害者施設 7.その他（　　）			
保有資格	1.介護福祉士　2.介護職員基礎研程修了　3.ホームヘルパー　級修了 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） 経管栄養（胃ろう又は腸ろう・経鼻経管栄養） 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） ③痰の吸引（気管カニューレ内部）（　　人） ④経管栄養（胃ろう・腸ろう）（　　人）　⑤経鼻経管栄養（　　人） 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

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

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？

1,いる　　2,いない

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？

1,いる　　2,いない

※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