

介護職員実務者研修（医療的ケア科目）履修者
手技確認講習 受講申込書

（優先順位： ）※優先順位を記入してください。

申込日 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女
受講者氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)		
受講状況	☐ 初 回		
☒ 又は記入	☐ _____ 回目 受講番号 S — —	受講を希望する行為 ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ☐ 口腔内のたん吸引	
	現在の勤務先施設種別 1.特別養護老人ホーム 2.介護老人保健施設 3.短期入所生活介護施設 4.グループホーム 5.有料老人ホーム 6.障害者(児)施設 7.その他 ()		
現在の勤務先	法人名 施設名		
	〒 —		
	TEL FAX		
実地研修 予定先名称			
資格 職種	介護福祉士 有 (年 月 日取得) ・ 無 介護職員実務者研修（ヘルパー1級・介護職員基礎研修） 有 (年 月 日取得) ・ 無		
職歴	介護職員として 年 ヶ月 ※ない場合は0年0ヶ月とご記入ください。		

●対象利用者について（いない場合は 0 と記入）

項目	対象 利用者数
口腔内のたん吸引	人
鼻腔内のたん吸引	人
気管カニューレ内部の吸引	人
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人
経鼻経管栄養	人

※○印をつけてください。

◆事業所もしくは同法人内に指導看護師が
(いる ・ いない)

指導看護師名 _____

指導看護師名 _____

指導看護師名 _____

☒	書類名	備考
	手技様式 1 受講申込書	本紙
	特定様式 2 受講推薦書	
	医療的ケア科目履修者であることがわかる書類 (写し)	A 4 判に縮小したもの 介護福祉士資格者証（平成 29 年度以降）・養成校の修了証等
	返信用封筒 1 通	受講者 1 名につき 1 枚 長形 3 号（120×235mm） 110円切手貼付・住所・事業所名・施設長宛てを明記