

申込書記入日：令和 年 月 日

# 喀痰吸引等研修受講申込書

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、ジャパンホームケアスクール主催 喀痰吸引等研修に受講を申し込みます。

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                        |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな<br>氏名                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                         | 性別<br>男・女                                              | 生年月日<br>昭和・平成<br>年 月 日                                                 | 免除科目※<br>無・有                                                                   |
| 住所                                                                                                                                                     | 〒                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                                        | 所持資格                                                                           |
| 連絡先                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                         | 実務者研修                                                  | 医療的ケア                                                                  | <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講していない・受講予定             |
| 電話・FAX                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                         | Eメール                                                   |                                                                        |                                                                                |
| 申込コース                                                                                                                                                  | 月コース( 月 日開講)                                                                                                                                                                            | 申込研修<br>※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください | <input type="checkbox"/> 第1号研修<br><input type="checkbox"/> 第1号研修(実地のみ) | <input type="checkbox"/> 第2号研修( 科目)<br><input type="checkbox"/> 第2号研修( 科目実地のみ) |
| 希望取得行為<br>※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください                                                                                               | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引<br><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 |                                                        |                                                                        |                                                                                |
| ご希望の受講決定通知案内手段について、ご記入してください。                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                        |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX (FAX番号: )<br><input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へFAX (FAX番号: ) |                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                        |                                                                                |
| 受講決定の場合のテキストについて、ご記入ください。                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                        |                                                                                |
| 使用するテキスト: 中央法規刊『介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト』 税込2160円                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                        |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 事前に自身で購入する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入し、研修開講日に会場で受け取る <input type="checkbox"/> 購入しない(実地研修のみ)                           |                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                        |                                                                                |

## 人工呼吸器装着者への喀痰吸引について

|                                            |      |       |
|--------------------------------------------|------|-------|
| 侵襲的人工呼吸器療法による気管カニューレ内部の喀痰吸引 (別途 税込27,000円) | 希望する | 希望しない |
|--------------------------------------------|------|-------|

## 申込者勤務先について

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------------|---|------------------------|---|---------------|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 離職中    ※在職中に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた方は下記項目をご記入ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 法人名                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 種別<br>※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい                                                                        | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健 <input type="checkbox"/> グループホーム<br><input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者(児)施設等・訪問系サークル<br><input type="checkbox"/> その他(                                                                                                                    |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 勤務先名                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 勤務先住所                                                                                                                      | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 電話番号                                                                                                                       | FAX番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 勤務先の利用者状況                                                                                                                  | <table border="1"> <tr> <td>口腔内の喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>経鼻経管栄養を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器装着者への喀痰吸引を必要とする方</td> <td>名</td> </tr> </table> | 口腔内の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | 鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | 気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方 | 名 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方 | 名 | 経鼻経管栄養を必要とする方 | 名 | 人工呼吸器装着者への喀痰吸引を必要とする方 | 名 |
| 口腔内の喀痰吸引を必要とする方                                                                                                            | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方                                                                                                            | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方                                                                                                      | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方                                                                                                     | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 経鼻経管栄養を必要とする方                                                                                                              | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |
| 人工呼吸器装着者への喀痰吸引を必要とする方                                                                                                      | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |   |                 |   |                       |   |                        |   |               |   |                       |   |

## ※ご注意

- ①上記に必要事項を正確に記入し、本校へ提出、郵送またはFAX(052-746-9972)でお申し込みください。  
(勤務先で複数とりまとめた送付も可能です)
- ②免除科目がある方は、修了証明書の写しも同封してください。 ※実務者研修(医療的ケア)受講済の方は講義・筆記試験が免除になります。