

2024 年度特定医療法人新生病院
喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

事業所名
受講申込者名

印

標記研修会について、下記の通り申し込みます。

記

●受講コース

申込区分	<input type="checkbox"/> 【A】 一般受講 <input type="checkbox"/> 【B】 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 【C】 養成校卒業生等
テキスト ※【B】【C】の場合	<input type="checkbox"/> 希望する
実地科目	<input type="checkbox"/> 口腔吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

●受講者情報

法人名		サービス種別	
所属事業所名			
事業所所在地	〒 -		
事業所連絡先	電話： FAX：	担当者名	
ふりがな 受講者氏名		生年月日	年 月 日
受講者の 現住所	〒 - 携帯電話番号（ ）		
現在の職名		保有資格	
受講者の 介護経験	施設・事業所名	勤務時の職種	通算勤務期間 （○年○か月）

●所属法人内で実地研修の実施 可 不可

実地研修施設の状況	喀痰吸引の対象者数		経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	胃ろう・腸ろう	経鼻
	人	人	人	人
実地研修事業所名 (指導看護師氏名) ※注1	(看護師氏名：)			

※注1 指導看護師の「指導者養成講習修了証」等の写しを添付してください。

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）
受講推薦書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

年 月 日

法人名
事業所名
推薦者名
(事業所の長)

印

当該事業所において、介護(障害者の支援)に係る業務に従事している下記の者について、
標記の研修会を受講させたく推薦します。

記

事業所名	
受講者の職名	
受講者の氏名	
推薦理由	

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）の
一部履修免除の申出書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

法人名
事業所名
事業所長名 印

受講者氏名 印

下記の科目について、履修の免除を申し出ます。

記

基本研修のうち下記の科目	
(ア) 基本研修（講義）の全て・基本研修（筆記試験）	
(イ) 基本研修（講義）の一部	
(ウ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ	
実地研修のうち下記の行為	
(カ) 喀痰吸引（口腔内）	
(キ) 喀痰吸引（鼻腔内）	
(ク) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	
(ケ) 経鼻経管栄養	

※免除を希望する科目に○をしてください。

免除対象者は下表の通りとなります。必要書類を添付してください。

免除対象者	免除科目	必要書類
【B】実務者研修修了者	イ	実務者研修修了証の写し 及び医療的ケアの修了証明書の写し
【C】介護福祉士養成校 卒業生等	ア	基本研修修了証明書の写し 及び医療的ケアの修了証明書の写し
経過措置対象者	ウ、カ	認定特定行為業務従事者認定証の写し

注1 特定の者対象の研修（第三号研修）を修了した者については、免除科目はありません。