

# 医療的ケア 研修コース

【喀痰吸引・経管栄養】

介護福祉士実務者研修(通信課程)「医療的ケア」+ 喀痰吸引等研修(実地研修)

2025年5月開講・募集期間：2024年12月1日～2025年3月31日

【お問い合わせ・お申込み書類提出先・スクーリング会場】



社会福祉法人つばめ福祉会

法人本部事務局 教育研修室

〒959-1263 新潟県燕市大曲2486番地

T E L 0256-61-6363 (担当：樋口・斎藤・伊藤)

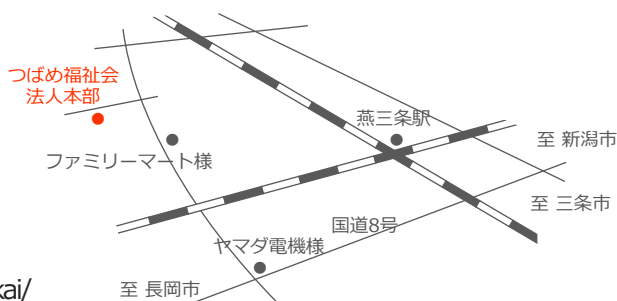
E - mail hn-kenshu@tsubame-fukushi.jp

法人HP <https://www.tsubame-fukushi.jp/>

X(旧Twitter) [https://x.com/tsubame\\_fukushi](https://x.com/tsubame_fukushi)

Instagram [https://www.instagram.com/tsubame\\_fukushikai/](https://www.instagram.com/tsubame_fukushikai/)

研修HP <https://www.tsubame-fukushi.jp/training/>



## 医療的ケア研修コースとは？

カリキュラムに医療的ケアを含まない旧課程の介護福祉士養成施設(専門学校など)を卒業した方と、「実務経験3年以上」の受験資格のみで介護福祉士を取得した方、介護職員基礎研修を修了した方のための、介護福祉士実務者研修「医療的ケア」と喀痰吸引等研修の「実地研修」を組み合わせたコースです。

実務者研修は通信課程なので、通学は3日間のみ。

また、2つの研修に同時にお申込みいただくことで、スムーズに研修の修了を目指すことができます。



## お申込みについて

介護福祉士実務者研修(通信課程)と喀痰吸引等研修の2つの研修に同時にお申込みいただきます。それぞれに「出願資格」「受講資格」がありますので、よく確認の上、お申し込みください。

### ○提出書類

〔介護福祉士実務者研修(通信課程)〕

- ・【様式1】入学願書
- ・介護福祉士登録証  
または介護職員基礎研修修了証のコピー
- ・返信用封筒(1枚/110円切手貼付)

〔喀痰吸引等研修〕

- ・【様式1】推薦状(とりまとめ票)
- ・【様式2】受講申込書
- ・実地研修受け入れ承諾書  
(※実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ)
- ・14時間研修を修了している方は、修了証のコピー

## 受講スケジュール

実施期間	実施研修・内容	
~3月	受講申込(※各研修の申込書を作成しご提出ください。)	2つの研修を同時にお申込みいただくことで、スムーズに研修の修了を目指すことができます。
4月	24日 オリエンテーション(テキスト配布・受講の説明)	
5月	<b>実務者研修(通信課程)「医療的ケア」受講開始</b> WEB課題/レポート作成	実務者研修は、仕事をしながらでも進めやすい <b>通信課程</b> 。自分で時間を作って学習を進め、 <b>e-ラーニングの学習課題</b> に取り組むかレポートを提出していただきます。
6月	2日・16日 スクーリング【実施手順解説(2日間)】	
7月	6月30日/7月7日・14日(いずれか1日) スクーリング【演習(1日間)】 →実務者研修 修了	通学回数は <b>6・7月の3日間のみ</b> です。 ※「 <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</u> 」の演習は、「 <u>滴下型</u> 」「 <u>半固房型</u> 」の両方を行います。
8月	実地研修開始準備(契約書等の作成)	
9月	<b>喀痰吸引等研修 実地研修(勤務先で実施)</b>	喀痰吸引等研修の実地研修は、原則として <b>勤務先の施設</b> で実施します。実地研修が修了次第、報告書を提出していただければ、すぐに修了証を発行します。
~		
2月	実地研修 修了	
3月	県へ認定証交付申請を行ってください。	

## 受講費用

	WEB学習コース	レポート提出コース
介護福祉士実務者研修「医療的ケア」(通信課程)	入学金 10,000円	入学金 10,000円
	授業料 26,920円	授業料 28,920円
	テキスト代 3,080円	テキスト代 3,080円
喀痰吸引等研修	事務処理費 5,000円	事務処理費 5,000円
	賠償責任保険代 2,000円	賠償責任保険代 2,000円
受講費用 合計	<b>47,000円</b>	<b>49,000円</b>

## 医療的ケア研修コース 事務手続きの流れ

実施期間	実施研修・内容	事務手続き
～3月	受講申込	各研修の申込書を作成しご提出ください。
4月	24日 オリエンテーション(テキスト配布・受講の説明)	選考結果を送付しますので入金手続きを行ってください。
5月	<b>実務者研修(通信課程)「医療的ケア」受講開始</b> WEB課題/レポート作成	
6月	2日 スクーリング【喀痰吸引 実施手順解説】 16日 スクーリング【経管栄養 実施手順解説】	
7月	6月30日/7月7日/7月14日(いずれか1日) スクーリング【演習(1日間)】→実務者研修 修了	実地研修実施のための契約書などを配布しますので、作成して提出してください。
8月		実務者研修の修了証を送付します。(各自で保管してください) 8月末に実地研修で使用する書類を送付します。
9月	<b>喀痰吸引等研修 実地研修(勤務先で実施)</b>	
～		
2月	実地研修 修了	実地研修が修了次第、修了報告書を提出してください。 内容を確認し、修了証を送付します。
3月	県へ認定証交付申請を行ってください。	修了証が届いたら、県へ認定証の交付申請を行ってください。

**社会福祉法人つばめ福祉会 医療的ケア研修コース 募集要項**  
2025年度 介護福祉士実務者研修(通信課程) 募集要項(抜粋)  
2025年度 喀痰吸引等研修 募集要項(抜粋)

1. 研修名称

社会福祉法人つばめ福祉会 介護福祉士実務者研修(通信課程)  
社会福祉法人つばめ福祉会 喀痰吸引等研修(第一号研修・第二号研修)

2. 募集人数

3名

3. 対象地域

新潟県全域

4. 出願資格・受講資格

**【介護福祉士実務者研修(通信課程)】**

- ・ 高等学校、中等教育学校を卒業した者、または開講する年の3月卒業見込みの者
- ・ 学校教育法施行規則150条の規定により、高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められた者
- ・ 上記以外に、講義内容を理解できる学力を有する者が入学を願い出た場合には、審査の上、入学を許可することがあります。

**【喀痰吸引等研修】**

- ・ 介護福祉士実務者研修の医療的ケア(50時間)の「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」「高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説」をともに含む科目をスクーリングで受講した方、または介護福祉士養成施設(大学・専門学校など)で医療的ケア(基本研修(講義・演習))の科目を受講した方
- ・ 新潟県に住所がある方、または新潟県に所在する施設・事業所に勤務している方
- ・ 実地研修の行為が必要な利用者が、原則として受講生所属の施設・事業所に入所していること
- ・ 実地研修の指導看護師が、実地研修を実施する施設・事業所に所属していること
- ・ 必要な書類がすべて提出できること
- ・ 受講生が所属する施設・事業所の長の推薦があること
- ・ 社会福祉法人つばめ福祉会が案内する実地研修を保険対象とする賠償責任保険「実地研修を履修する介護職員等向け賠償責任保険」に加入すること(※全員加入)

5. 研修期間・カリキュラム

**【介護福祉士実務者研修(通信課程)】**

2025年5月1日(木)～2025年7月31日(木)

取得資格	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
介護職員基礎研修・介護福祉士 (医療的ケアのみ/介護福祉士取得済み)								

※6・7月には医療的ケアの実施手順解説と演習(3日間)のスクーリングが実施されます。

[オリエンテーション]

2025年4月24日(木) 13時30分～15時00分にオリエンテーションを行います。  
今後のスケジュールや学習の進め方を確認し、テキスト等を配布します。

[スクーリング(面接授業)]

医療的ケアのスクーリングは、2025年6・7月の木曜日にスクーリングを行います。

日時	時間	時間数	科目名
6月2日(月)	9:00～18:00	8	喀痰吸引 実施手順解説
6月16日(月)	9:00～18:00	8	経管栄養 実施手順解説
6月30日(月)	9:00～18:00	8	医療的ケア 演習 ※いずれか1日
7月7日(月)	9:00～18:00	8	
7月14日(月)	9:00～18:00	8	

※早退・遅刻・欠席、補講、日程の変更は、原則として認めません。やむを得ない事情で、早退・遅刻・欠席する場合、補講(有料/1時間につき1,000円)を実施します。

※医療的ケア 演習は、受講者数によって日数を調整することがあります。

※「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」の演習は、「滴下型」「半固形型」の両方を行います。

#### 【喀痰吸引等研修】

2025年9月1日(月)～2026年2月28日(土)

第一号研修：下記の「科目・行為」のうち、すべての実地研修を実施

第二号研修：下記の「科目・行為」のうち、いずれかの実地研修を実施

科目・行為	回数	備考
口腔内の喀痰吸引	10回以上	特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方は、「口腔内の喀痰吸引」が免除となります。
鼻腔内の喀痰吸引	20回以上	
気管カニューレ内部の 喀痰吸引	20回以上	
胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養 (滴下型・半固形型)	20回以上	「半固形型」栄養剤の実地研修を行う場合は、「滴下型」栄養剤での実地研修を10回以上実施後、「半固形型」を実施し、合わせて20回以上とする。
経鼻経管栄養	20回以上	

※「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」について

- 「半固形型」のみでの修了はできません。
- 「滴下型」で実地研修を修了した場合、「滴下型」のみ実施可能となります。
- 「半固形型」の栄養剤の利用者がいない場合、医師の指示を受け、利用者等の同意を得た上で、「半固形型」を注入する前に水分補給の形で「滴下型」の手技を実施し、「滴下型」を実施したこととして評価を受けることは可能です。ただし、もともと「滴下型」を使用している利用者の場合は、この取扱いを認

めないこととします。

## 6. 研修会場

### 【介護福祉士実務者研修(通信課程)】

社会福祉法人つばめ福祉会 法人本部 (新潟県燕市大曲 2486 番地)

### 【喀痰吸引等研修】

一定の要件を満たした実地研修機関 (原則として、受講生所属の施設・事業所)

## 7. 出願・申込み、選考、入学手続き

### ○出願・申込期間

2024年12月1日(日)～2025年3月31日(月)

※郵送の場合、3月31日必着。持参される場合、3月31日17時まで受付。

### ○出願・申込書類

#### 【介護福祉士実務者研修(通信課程)】

- ・ 【様式1】 入学願書
- ・ 研修修了証明書または研修修了証のコピー(受講科目一部免除の対象者のみ)  
※ 医療的ケア研修コースを希望する場合、介護福祉士登録証または介護職員基礎研修修了証のコピーを添付してください。

#### 【喀痰吸引等研修】

- ・ 【様式1】 推薦状(とりまとめ票)
- ・ 【様式2】 受講申込書
- ・ 実地研修受け入れ承諾書(※実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ)
- ・ 科目の免除に関わる資格・研修の修了証書等の写し  
【口腔内の喀痰吸引免除】認定特定行為業務従事者認定証(経過措置・不特定多数の者対象)の写し
- ・ 合否通知送付用封筒  
※長形3号(12×23.5cm)の封筒に住所・氏名を記入して、110円切手を貼付したもの

### ○出願・申込み

上記の出願書類を社会福祉法人 つばめ福祉会 法人本部事務局へ直接提出、もしくは郵送により提出

願書提出先 〒959-1263 新潟県燕市大曲 2486 番地  
社会福祉法人 つばめ福祉会 法人本部 教育研修室  
TEL 0256-61-6363 FAX 0256-61-6771

窓口受付時間 午前9時～午後5時(月曜日～金曜日)

### ○選考

入学の選考は、提出された書類を基に、社会福祉法人つばめ福祉会 法人本部事務局 教育研修室の選考を経て養成施設の長が許可します。

願書提出締切後、2週間以内に選考結果を郵送します。なお、合格者には、学納金納付のご案内を同封します。

## ○入学手続き

学納金・受講料は、必ず指定された期間内に銀行振込により納付してください。入金を確認された方には、受講のご案内・テキストを郵送します。なお、正当な理由がなく期限が過ぎても納付がない場合は、合格を取り消すことがあります。

## 8. 学納金・受講料

		WEB 学習コース	レポート提出コース
介護福祉士実務者研修 (通信課程)	入学金	10,000 円	10,000 円
	授業料	26,920 円	28,920 円
	テキスト代	3,080 円	3,080 円
喀痰吸引等研修	事務処理費	5,000 円	5,000 円
	賠償責任保険代	2,000 円	2,000 円
受講費用 合計		47,000 円	49,000 円

※レポート添削指導料、WEB 学習システム ID 利用料・管理料等は、すべて授業料の料金に含まれます。

## 9. 学納金・受講料の返還

### 【介護福祉士実務者研修(通信課程)】

一旦納付された学納金は、原則として返還しません。ただし、開講前日までに入学を辞退した方に限り、入学金とテキスト代を除き既に納付した学納金を返還します。その場合、返還に要する振込手数料を差し引いた金額を返還します。

### 【喀痰吸引等研修】

一旦納付された受講料は、原則として返還しません。ただし、2025年7月25日(金)までにやむを得ない事情により受講を辞退した場合は、事務処理費と振込手数料を除いた受講料を返還します。

## 10. 受講科目一部免除の取り扱い

### 【介護福祉士実務者研修(通信課程)】

対象となる研修を修了している方は、入学願書に修了証明書または修了証のコピーを添付してください。

※医療的ケア研修コースを希望する場合、介護福祉士登録証のコピーを添付してください。

### 【喀痰吸引等研修】

「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について」(平成 23 年 11 月 11 日社援発 1111 第 1 号)2 の(4)、また、「喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修)に係る研修の一部履修免除の取扱方針について」(平成 25 年 8 月 1 日付け高齢第 512 号)に基づき免除します。免除の対象となる研修を修了している方は、受講申込書に研修修了証または受講証明書のコピーを添付してください。

## 11. 個人情報の取り扱い

提出していただいた個人情報は、選考結果通知、入学・受講手続き、介護福祉士実務者研修の運営、喀痰吸引等研修の運営のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に

開示・提供することはありません。ただし、当法人が個人情報における管理を十分確認した上で、監督官庁に個人情報を開示・提供することがありますので、予めご了承ください。

## 12. 実地研修に関わる申込要件

以下の項目について、申込み前に必ずご確認ください。

- ・ 利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合には、その家族等(以下、「実地研修協力者」という。)に対して研修の趣旨を説明した上で、実地研修への協力について書面による同意承認を受けること。
- ・ 喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに医師からの文書による指示(指示書)を受けること。
- ・ 医師の指示書に基づき医療従事者との連携の下、実地研修協力者ごとの「喀痰吸引等実施計画書」を作成すること。
- ・ 国又は県が実施した「喀痰吸引等指導者講習」を修了した実地研修指導講師の指導の下、実地研修を行うこと。実地研修指導講師は、「実地研修評価票」により介護職員等の評価を行うこと。
- ・ 実地研修協力者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること。医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることが文書化されていること。
- ・ 「喀痰吸引等実施報告書」を作成し、担当医師に提出すること。
- ・ 関係者からなる「安全委員会」を設置すること(既存の委員会等を活用しても差し支えない)。構成員、役割分担、安全委員会で管理すべき項目及び会議の実施頻度などが、文書化されていること。
- ・ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、喀痰吸引等の実施体制について適切に評価、検証を行うこと。
- ・ 事故発生時の対応方法として、関係者への報告、実地研修協力者への連絡など適切かつ必要な緊急措置が整備されていること。
- ・ 事故状況等についての記録・保存方法が文書化されていること。
- ・ 感染症を予防するための衛生管理方法及び感染症が疑わしい場合の確認方法が、文書化されていること。
- ・ 感染症発生時の対応方法及び関係機関への連絡方法が、文書化されていること。
- ・ 実地研修協力者の秘密保持(関係者への周知徹底を含む。)等に関する規定整備がなされていること。
- ・ 実地研修の実施状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し、保存できること。
- ・ 喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること。

〔お問い合わせ先〕

社会福祉法人つばめ福祉会 法人本部事務局 教育研修室  
(担当：樋口、斎藤、伊藤)

〒959-1263 新潟県燕市大曲 2486 番地

TEL 0256-61-6363 FAX 0256-61-6771

ホームページ <https://www.tsubame-fukushi.jp/>

メールアドレス [hn-kenshu@tsubame-fukushi.jp](mailto:hn-kenshu@tsubame-fukushi.jp)

※お問い合わせ・お申し込みの対応時間は、平日の午前9時から午後5時とさせていただきます。



社会福祉法人 つばめ福祉会 医療的ケア研修コース  
〔介護福祉士実務者研修(通信課程)〕

## 入学願書

記入日 年 月 日

フリガナ			
氏名	印		
生年月日	( 昭和・平成 ) 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
受講コース	<input type="checkbox"/> WEB学習コース ・ <input type="checkbox"/> レポート提出コース(※添削料が必要となります)		
受講決定通知・修了証明書等書類送付先	現住所 ・ 勤務先 ・ その他 ( 〒 - )		
請求書・領収書の宛名	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先		
電話番号	自宅		
	携帯		
メールアドレス	(フリガナ)		
最終学歴	学校名		
	学部	学科	卒業 卒業見込み 中退
受講科目免除申請 テキスト購入申込 ※介護福祉士登録証 または介護職員基礎研修の 修了証のコピーを添付	受講科目免除のための資格・研修		登録 / 修了年月日
	介護福祉士 / 介護職員基礎研修	テキスト代:3,080円	年 月 日
勤務先	名称		
	所在地	〒 -	
	電話番号	勤務年数	年 月

※勤務先記入欄

- ・上記の職員は、医療的ケアを実施する適性を有していますので、責任を持って推薦します。
- ・上記の職員のスクーリングへの参加を許可します。

事業所名

事業所長氏名

印

※つばめ福祉会 教育研修室 使用欄

	整理番号	
--	------	--

社会福祉法人つばめ福祉会 医療的ケア研修コース  
〔喀痰吸引等研修〕

推薦状 (とりまとめ票)

記入日 年 月 日

社会福祉法人 つばめ福祉会  
理事長 高橋 是司 様

設置主体

事業種別

施設・事業所名

施設長  
事業所長 氏名

印

住 所

電話番号

FAX番号

担当者氏名

下記の職員を喀痰吸引等研修に責任を持って推薦します。  
下記の職員の受講が決定した際は、下記の職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。  
(ただし、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ。) 推薦状(とりまとめ票)、下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

	氏 名
1	
2	
3	

1. 実地研修先(どちらかに○)

実地研修先	所属する施設・事業所	・	所属する施設・事業所以外

2. 1で「所属する施設・事業所以外」を選択した場合の実地研修先 (同一経営主体の施設・事業所に限る)

実地研修先	設置主体	
	事業種別	
	施設 事業所名	
	施設長 事業所長 氏名	

※所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する場合、「実地研修受け入れ承諾書」を添付してください。

## 3. 実地研修先の利用者の状況

実地研修先の 利用者の状況 (申込日現在)	①口腔内の喀痰吸引	人	④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (滴下型)	人
	②鼻腔内の喀痰吸引	人	④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 (半固形型)	人
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引	人	⑤経鼻経管栄養	人

※第1号研修は①～⑤のすべての行為、第2号研修は①～⑤のうちいずれかの行為の実地研修が必要です。

※胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養については、「半固形型」のみでの修了はできません。

※「滴下型」で実地研修を修了した場合、「滴下型」のみ実施可能となります。

※「半固形型」の栄養方法の利用者しかいない場合、医師の指示を受け、利用者等の同意を得た上で、「半固形型」を注入する前に水分補給の形で「滴下型」の手技を実施し、「滴下型」を実施したこととして評価を受けることは可能です。

ただし、もともと「滴下型」を使用している利用者の場合は、この取扱いを認めないこととします。

## 4. 実地研修の指導講師

実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	
実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	
実地研修の 指導講師	フリガナ		指導講師 所属施設	
	氏名		所属施設 電話番号	

## 5. 受講に係る確認事項(確認欄に✓点でチェック)

確認欄	確認内容
	推薦する受講生は、募集要項の「4.出願資格・受講資格」のすべての項目を満たしている。
	実地研修に関して、募集要項の「12.実地研修に関わる申込要件」のすべての項目を満たしている。

【様式2】

社会福祉法人つばめ福祉会 医療的ケア研修コース  
 [喀痰吸引等研修]  
 受講申込書

記入日 年 月 日

受講を希望する研修 (どちらかに○)	第一号研修(喀痰吸引及び経管栄養のすべて) ・ 第二号研修(喀痰吸引等行為の個別研修)
-----------------------	---

第二号研修の場合、 実地研修で実施予定の行為 (該当する□に✓点でチェック)	<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	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(滴下型) <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(半固形型) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
--	---	--

## ○受講生の情報

フリガナ		性別	男・女
氏名	印		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
科目の免除に関わる 資格・研修 (該当する□に✓点でチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (「喀痰吸引の実施手順解説」、「経管栄養の実施手順解説」をともに含む科目をスクーリング形式で受講した場合) <input type="checkbox"/> 介護福祉士養成課程における医療的ケア(講義・演習)、喀痰吸引等研修 基本研修(講義・演習) <input type="checkbox"/> 14時間研修 (特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方)		
※14時間研修修了者は、 修了証のコピーを添付すること			
資格・研修 (該当する□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程	登録年月日( 年 月 日)	修了年月日( 年 月 日)

## ○所属先の情報

所属する 施設・事業所	設置主体			
	名称			
	所在地	〒 -		
	電話番号		勤務年数	年 月

※つばめ福祉会 教育研修室 使用欄

整理番号①		整理番号②	
受講決定		受講不決定	

(所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方のみ)

社会福祉法人つばめ福祉会 医療的ケア研修コース [喀痰吸引等研修]  
実地研修受け入れ承諾書

年 月 日

社会福祉法人 つばめ福祉会  
理事長 高橋 是司 様

設置主体

代表者名

印

住 所

社会福祉法人 つばめ福祉会が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として受講生を受け入れることを承諾します。

設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・事業所長 氏名	
住 所	
電話番号	
FAX 番号	
研修受講生受け入れ担当者氏名	
研修受講生受け入れ人数	
研修期間	2025年9月1日～2026年2月28日

※実地研修を実施するための要件等は、募集要項の内容を確認してください。