

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		旧 姓	性 別
氏 名	印		男 ・ 女
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		
受講決定通知書 添削済み解答用紙 等 書類送付先	現住所 ・ 勤務先 ・ その他 ( 〒 - )		
電話番号	自宅		
	携帯		
メール アドレス	PC		
	携帯		
最終学歴	学校名		卒 業 卒業見込み 中 退
	学部	学科	
受講科目免除申請 テキスト購入申込	受講科目免除のための資格・研修		介護福祉士 取得年月日
※介護福祉士登録証の コピーを添付	介護職員基礎研修 (医療的ケアのみ/介護福祉士取得済み)		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

<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>上記の職員のスクーリングへの参加を許可します。</li> </ul>
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	人
	②鼻腔内の喀痰吸引	人	⑤経鼻経管栄養	人
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引	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。

## 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」の全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」の全ての項目を満たしている。

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 <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)		
資格・研修 (該当する□に✓点でチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 取得年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修1級課程(ホームヘルパー1級) 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級課程(ホームヘルパー2級) 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修3級課程(ホームヘルパー3級) 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 修了年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無資格		

## ○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	2024年9月1日～2025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。