喀痰吸引等研修　受講申込書 （ FAX ： 097-547-8342 ）

□9日間コース ・ □4日間コース（ 実務者研修修了者 対象 ）

＊ご希望の受講コース・受講月・会場名に☑をご記入ください。

【お申込内容】		＊本講座は、助成金の対象となる可能性があります。
□ 9日間コース	講義＋演習	**□70,000円**（自施設での実地研修） **□98,000円**（外部施設での実地研修）
□ 4日間コース	講義＋演習	**□42,000円**（自施設での実地研修） **□70,000円**（外部施設での実地研修）
＊受講料に含まれております。		・実地研修賠償責任保険代（2,000円） ・テキスト・資料代・消費税込

□	出前（　　）会場希望
□	大分校（　　）月生希望

＊4日間コース（実務者研修修了者）は、座学の5日間が免除されますので、「実務者研修修了証明書」または、「基本研修修了証明書」を添えてお申し込みください。

施設名			
所在地	〒　　－		
研修担当者様（役職名）氏名			
電話	－　　－	FAX	－　　－

フリガナ		性別	男　・　女
氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
住　所	〒　　－　（住民票の住所をご記入下さい）		
メールアドレス		携帯番号	
保有資格（☑を記入）	□介護福祉士　□実務者研修　□初任者研修（ヘルパー2級）　□その他（　　）		

認定状況 （☑を記入）	□　現在、特定認定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けている □　現在、特定認定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けていない ＊経過措置対象者が第１号・第２号研修を修了して新たに認定証の交付を受ける方は、経過措置による認定証を発行元の都道府県へ返却しなければなりません。
利用者の状況 （☑を記入）	現在の職場での下記の特定行為が必要か、利用者数も併せて記載ください。 □　口腔内の喀痰吸引（利用者数：　　名、人工呼吸器装着：　　名） □　鼻腔内の喀痰吸引（利用者数：　　名、人工呼吸器装着：　　名） □　気管カニューレ内部の喀痰吸引（利用者数：　　名、人工呼吸器装着　　名） □　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数：　　名） □　経鼻経管栄養（利用者数：　　名）
実地研修実施可否 （☑を記入）	実地研修については、原則として受講者の職場での実施を指導しております □　職場での実地研修の実施が可能である □　職場外での実地研修の実施協力を依頼したい（認定を希望する行為番号に〇記入してください） ①　口腔内の喀痰吸引　②　鼻腔内の喀痰吸引　③　気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　⑤　経鼻経管栄養 □　実地研修の実施が困難である（理由：　　） □　職員以外の実地研修の受入れが可能である □　登録喀痰吸引事業者（登録特定行為事業者）である

株式会社GARYU　ケアサポート学院大分校
校長　　片倉　孝子
〒870-0127　　大分県大分市森町598-3　ライトハウス2階　＊無料駐車場有
TEL：097-547-8341　　FAX：097-547-8342
e-mail：keasapo.oita@garyu-t.jp