

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
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			
テキスト・添削済み解答用紙送付先	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		
資格・研修 ※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)		介護福祉士取得年月日( 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	
--	------	--

【様式2】

社会福祉法人 つばめ福祉会 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)研修コース  
 受講科目免除申請書 兼 テキスト購入申込書〔介護福祉士実務者研修(通信課程)〕

氏名

印

○下の表で免除科目・テキストを確認の上、太枠内に○をご記入ください。

希望するコースの欄に○を記入してください。⇒	介護職員基礎研修 (※医療的ケアのみ/介護福祉士取得済み)
------------------------	----------------------------------

	科目名	時間数	添削回数	テキスト (中央法規出版)	介護職員基礎研修 (※医療的ケアのみ/介護福祉士取得済み)
1	人間の尊厳と自立	5時間	1回	1巻 2,200円	免除
2	社会の理解Ⅰ	5時間	1回		免除
3	社会の理解Ⅱ	30時間	1回		免除
4	介護の基本Ⅰ	10時間	1回	2巻 3,520円	免除
5	介護の基本Ⅱ	20時間	1回		免除
6	コミュニケーション技術	20時間	1回		免除
7	生活支援技術Ⅰ	20時間	1回		免除
8	生活支援技術Ⅱ	30時間	1回	免除	
9	介護過程Ⅰ	20時間	1回	3巻 2,200円	免除
10	介護過程Ⅱ	25時間	1回		免除
11	介護過程Ⅲ	45時間	—		免除
12	発達と老化の理解Ⅰ	10時間	1回	4巻 3,080円	免除
13	発達と老化の理解Ⅱ	20時間	1回		免除
14	認知症の理解Ⅰ	10時間	1回		免除
15	認知症の理解Ⅱ	20時間	1回		免除
16	障害の理解Ⅰ	10時間	1回		免除
17	障害の理解Ⅱ	20時間	1回		免除
18	こころとからだのしくみⅠ	20時間	1回		免除
19	こころとからだのしくみⅡ	60時間	1回		免除
20	医療的ケア	50時間	1回	5巻 3,080円	○
21	医療的ケア(演習)	—	—		スクーリング
合計(上段:時間、下段:テキスト代)					50時間 3,080円

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 吉田 賢一 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 吉田 賢一 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	2021年9月1日～2022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。