

2026年度 喀痰吸引等研修 受講申込書

受講コース

2号研修または1号研修のいずれかに を付け、希望研修に を付けてください。
※枠内は実地研修先を確保されている方のみ、当てはまる箇所に を付けてください。

2号 研修 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 基本研修のみ(10日間) 70,000円	実地研修(就業先施設等)
	<input type="checkbox"/> 実地研修のみ [*] 8,000円	
	<input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 [*] 78,000円	

1号 研修 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 基本研修のみ(10日間) 70,000円	実地研修(就業先施設等)
	<input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 [*] 78,000円	

※ 実地研修について 実地研修を希望される方は、就業先施設またはご自身で研修施設を手配してください。

就業先施設等を選んだ方のみ、当てはまる箇所に を付けてください。

就業先施設に「平成23・24年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者講習事業」における指導者講習を修了した医師、看護師、保健師、助産師及び上記指導者講習と同等の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？ いる いない

就業先に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？ いる いない

※就業先施設の実地研修が可能な事業所は、「実地研修実施機関承諾書」「実習委託契約書」「実地研修に係る確認書」が別途必要となります。

※実地研修先は、就業先施設またはご自身で手配された施設（いずれも県の登録を受けている施設に限る）にて行っていただきます。

※最低受講人数5名に達していない場合は開講を見送る場合がございます。

※基本研修修了までは、喀痰吸引等の実施はできません。

フリガナ		性別	生年月日(西暦で記入してください)		年齢	
氏名		男・女	年	月	日 生	満 歳
現住所	〒 都道府県	郵便番号・マンション・アパート名、部屋番号まで正確にご記入ください。				
携帯番号		電話番号	番号の関連：自宅・会社・他()			
勤務先 <input type="checkbox"/> 現在勤めていない	事業所種類	例：特別養護老人ホーム	法人名			
	施設・事業所名		勤務年数	年	ヶ月	
保有資格を記入してください。	※実務者研修修了者やその他受講料一部免除が対象の方… <u>資格証のコピーも添付してください。</u>					

誓約書

署名捺印が必須

名古屋福祉専門学校 校長様

受講許可の上は、個人情報保護の取扱いに同意し、規則を守り、受講することを誓います。
万一、違背した場合は、いかなる処分に対しても異議を申し立てないことを誓約いたします。

年 月 日 (本人署名)



個人情報のお取扱い

お申込みに際してお預かりする個人情報は、本人の同意無く第三者へ開示・提供を行いません。

社会人向け
養成講座専用

このチラシからお申込みいただけます。

FAX 052-204-8455 TEL 052-684-7175

お問い合わせ 【受付時間】月～金 9:00～17:00

@Instagram

学校法人 丸の内学園 名古屋福祉専門学校 (代表) TEL 052-211-2231
〒460-0002 名古屋市中区丸の内1-3-25



meifuku_kouza