

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）
第1号研修 受講申込書

下記のとおり受講申し込み致します。尚、提出書類の記入事項に明らかな誤りがあるときには、ご連絡を頂いた上で、当該事項について貴社が加筆修正することに同意します。

申し込み日 令和 年 月 日

申し込み日程 ※図を付けてください	<input type="checkbox"/> 令和8年5月～8月 土曜コース	<input type="checkbox"/> 令和8年9月～12月水曜コース
※申し込み内容に○を付けて下さい。		受講料等（税込）
	介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）「第1号研修」【基本研修・実地研修（事務手続きのみ）】 ※弊社より実地研修指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に従ってお支払い下さい。	132,000円
	介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）「第1号研修」【基本研修（免除）演習のみ・実地研修（事務手続きのみ）】※1	66,000円
	介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）「第1号研修」【演習行為追加：（1）人工呼吸器装着者に対する気管カニューレ内部】※2	11,000円
	介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）「第1号研修」【演習行為追加：（2）半固形栄養剤による経管栄養】※2	11,000円
	テキスト代/新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト （中央法規出版 ISBN978-4-8058-8374-7）	2,420円
	介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者）「第1号研修」【実地研修（事務手続きのみ）】 ※弊社より実地研修指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に従ってお支払い下さい。	3,000円
	指導看護師の派遣、紹介を希望/「ケアスクールよすが事務局」までご相談下さい。	要相談

※1 下記4 基本研修免除の為の確認書のいずれか1点（写）を提出して下さい。

※2 演習行為追加のみの受講不可。必ず基本研修とセットでお申し込みください。

1 事業所情報

【ご所属先事業所名】	【事業所住所】 〒	
【連絡先電話番号】	【FAX番号】	【問い合わせ担当者名】
【ご連絡先メールアドレス】		

2 受講者情報

【受講者氏名】 フリガナ	【性別】 男・女	【介護職資格】
【生年月日】		
【受講者住所】 〒	【電話番号（携帯番号推奨）】	

3 本人確認書類・・・いずれか1点（写）を提出して下さい。

<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（抄本）	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（顔写真の面のみ）	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 介護福祉士等 国家資格証明書（免許証又は登録証）

4 基本研修免除の為の確認書類・・・いずれか1点（写）を提出して下さい。

<input type="checkbox"/> 指定施設・学校が発行した基本研修修了証明書 又は 平成28年度以降の卒業証書 <input type="checkbox"/> 平成29年3月以降の介護福祉士登録証
<input type="checkbox"/> 第1号研修修了証明書（既に第1号研修を修了し、既修了の特定行為以外の行為追加を希望する方）
<input type="checkbox"/> 第2号研修修了証明書（既に第2号研修を修了し、既修了の特定行為以外の行為追加を希望する方）
<input type="checkbox"/> 研修過程修了確認等（不特定多数の者対象研修において、基本研修（講義・演習）のみ修了した方）
<input type="checkbox"/> 3号研修修了証明書

◆記載された情報は、本講習会の運営・管理・認定などにのみ使用いたします。

◆講習会中に写真を撮らせていただく場合がございます。

【お申し込み先】 株式会社Soura ケアスクールよすが事務局

〒113-0022 東京都文京区千駄木3-42-5 セントラルヴィラ千駄木102号室

電話番号03-6821-1855 FAX03-6732-1494 メール c.s.yosuga@gmail.com