

平成 30 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

不特定の者対象（第 1 号・第 2 号研修）

【 申 込 み の 注 意 点 】

1：申込みの前に以下の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者を対象）」についての通知を参照いただき、内容をご理解下さい。

- ①（社会福祉士及び介護福祉士法）介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（法律第 72 号）
- ②（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則）社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（厚生労働省第 126 号）

2：申込用紙の「受講適合確認表（様式 2）」の確認項目を事前にチェックし、受講要件に適合しているかを確認してください。

3：申込書郵送時のチェック表

確認	申込時の確認内容
<input type="checkbox"/>	受講適合確認表（様式 2）で受講要件がすべて適合していましたか？ 押印はシャチハタ印やゴム印ではありませんか？
<input type="checkbox"/>	実地研修先確認シート（様式 5）を実地研修施設に記載・捺印してもらいましたか？ *受講決定後、実地研修施設に別の書類の提出依頼を行います。その旨を実習施設担当者へ説明してください（申込時は必要ありません）。
<input type="checkbox"/>	所属施設等の施設長もしくは所長に研修受講を推薦（様式 4）してもらえましたか？
<input type="checkbox"/>	研修科目免除（様式 3）を確認できましたか？ 押印はシャチハタ印やゴム印ではありませんか？ 免除科目がある場合、免除科目の修了証の写しは用意できましたか？（同封）
<input type="checkbox"/>	受講申込書（様式 1）に記載漏れはありませんか？
<input type="checkbox"/>	有資格の資格証もしくは修了証の写しは用意できましたか？（同封）
<input type="checkbox"/>	申込用紙一式は、コピーを取って保存しましたか？
<input type="checkbox"/>	研修カリキュラムの全日程の参加ができますか？

【申込み先】

〒557-0063 大阪府大阪市西成区南津守 7-12-32
社会福祉法人白寿会 白寿会研修センター

問い合わせ先：白寿会研修センター 鈴木(06-6651-2210)