

2025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）  
【受講申込書】

白寿会研修センター センター長 様

白寿会研修センターで実施されます「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に、次のとおり受講を申し込みます。なお、研修に関する受講適合確認などを行いました。

必要事項を記入し、「添付書類」を必ず添えて、白寿会研修センターまで提出してください。

項目	記入欄
ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日(年齢)	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
自宅住所 <input type="checkbox"/> 郵送先に指定希望	〒 — (府・県) (市・町・村)
連絡先	(電話) — — ※必須・携帯可 (メールアドレス) ※必須…パソコンメールが着信できる設定をお願いします @ ※連絡は基本的に各自にメールで行います(講義動画の視聴アドレスの送信、受講確認に関する連絡、筆記試験の可否、実技演習に関すること等) ※緊急連絡は電話で行います
勤務先名	
勤務先種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
勤務先住所	〒 — (府・県) (市・町・村)
勤務先電話&FAX	(電話) — — (FAX) — —
有資格	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了・その他 ( ) 注1:ヘルパー2級・実務者研修、基礎研修修了者は、介護職員初任者研修等修了に○を記載 注2:資格のない方は、未記入としてください。
実地研修の予定	<input type="checkbox"/> 第1号研修として実施 <input type="checkbox"/> 第2号研修として実施 →実施予定行為 *吸引 (□口腔内 □鼻腔内 □気管カニューレ内) *経管栄養 (□胃ろう・腸ろう □経鼻)

【添付書類】

- 受講適合確認表(様式2) \*受講の適合を必ずチェックしてください。
- 研修科目免除申込用紙(様式3) \*必ず研修修了証の写しを添付
- 推薦状(様式4) \*所属及び所属予定の施設長/所長の確認・押印が必要
- 実地研修先確認シート(様式5) \*様式5は、実地研修施設が記載してください。
- 有資格者の資格証もしくは修了証 \*写しを添付

\*書類確認のため、勤務先に連絡を入れることがあります。また、郵便物は基本的に勤務先に送付しますので、自宅への送付を希望される場合は、自宅住所枠の「□郵送先に指定」にチェックしてください。