

# 【様式1-1】受講申込書

※本様式は介護職員1人につき1枚提出してください。

申込年月日：令和 年 月 日

住所：〒

介護職資格：

フリガナ

受講者氏名：

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

**(1) 基本研修免除のための確認・・・該当の項目に☑をしてください。**

☐1. 基本研修を修了したことを証明できる書類が提出できる（実地研修の修了は問いません）  
 → 証書の写し+本人確認書類（免許証、保険証、住民票等の写し）を提出してください。  
 ※修了内容によっては基本研修の受講が必要な場合があります。

☐2. 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置対象者を含む）を提出できる  
 → 認定証の写しを提出してください。

☐3. 上記1, 2のいずれも持っていない（基本研修受講対象者）  
 → 本人確認書類（免許証、保険証、住民票等の写し）を提出してください。

**(2) 実地研修を実施予定の利用者の状況（利用者の記載順は様式1の受講優先順位に合わせてください。）**

| NO | 利用者の氏名 | 人工呼吸器装着    | 本研修で実施予定の利用者に必要な行為<br>(☑をつけて下さい)        | 備考<br>(滴下、半固形等) |
|----|--------|------------|---|-----------------|
| 1  | (フリガナ) | ☐あり<br>☐なし | ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ<br>☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 経鼻経管 |                 |
|    |        |            |   |                 |
| 2  | (フリガナ) | ☐あり<br>☐なし | ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ<br>☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 経鼻経管 |                 |
|    |        |            |   |                 |
| 3  | (フリガナ) | ☐あり<br>☐なし | ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ<br>☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 経鼻経管 |                 |
|    |        |            |   |                 |
| 4  | (フリガナ) | ☐あり<br>☐なし | ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ<br>☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 経鼻経管 |                 |
|    |        |            |   |                 |
| 5  | (フリガナ) | ☐あり<br>☐なし | ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ<br>☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 経鼻経管 |                 |
|    |        |            |   |                 |

※利用者が6名以上の場合は、当様式を必要部数印刷しご使用ください。その場合、2枚目以降は(2)のみに記載し、1枚目と合わせてホチキス止めをしてご提出ください。