

※本様式は介護職員 1 人につき 1 枚提出してください。

修了証明書等に記載いたしますので、
住民票記載の氏名・生年月日をご記入ください。

申込年月日：平成 30 年 5 月 11 日

受講者氏名 ※住民票記載の氏名を記入してください。 (フリガナ) カイゴ ジロウ 介護 次郎	生年月日 ※住民票記載の生年月日を記入してください。 昭和・平成 55 年 5 月 5 日	※財団使用欄 申込 ID (記入不要)
--	---	---------------------------

(1) 基本研修修了の確認

基本研修を修了した証明の写しを添付してください。

(証明する書類の添付がない場合は、実地研修を受講することはできません。)

財団使用欄のため、記入はしないでください。

修了証明書等の写しをご提出下さい。

修了証明の書類	提出枚数
「特定の者対象研修」修了証明書 (又は確認書) の写し ※基本研修欄に「概論、たんの吸引」「経管栄養」と記載されている修了書	1 枚
認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置・特定の者) の写し ※両面をコピーしてください。	枚
重度訪問介護従事者養成研修 (統合課程) 修了証明書の写し	枚

(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 1-1 の受講優先順位に合わせてください。)

受講決定後、行為の追加・変更はできません。
必要な行為については、かかりつけ医や指導看護師へ
ご確認をお願いいたします。

事業所の受講優先順位	利用者氏名	利用者に必要な行為のうち 本研修で実施予定の行為 (下記の 5 行為のうち、あてはまるものを○で囲んでください。)					利用者のサービス種別 (あてはまるものを○で囲んでください。)
1 位	(フリガナ) トウキョウ モモコ 東京 桃子	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	・介護保険法 ・障害者総合支援法
3 位	(フリガナ) タマ サブロウ 多摩 三郎	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	・介護保険法 ・障害者総合支援法
位	(フリガナ)	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	・介護保険法 ・障害者総合支援法
位	(フリガナ)	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	・介護保険法 ・障害者総合支援法
位	(フリガナ)	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	・介護保険法 ・障害者総合支援法

保険証等で氏名を確認のうえ、ご記入ください。

※利用者が 6 名以上の場合は、当様式を必要部数印刷し御使用ください。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御提出ください。