

※本様式は介護職員 1 人につき 1 枚提出してください。

修了証明書の氏名及び生年月日は、申込書に記載されたとおりに印字されますので、お間違いのないようご注意ください。

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)	生年月日 ※住民票記載の生年月日を記入してください。	※財団使用欄 申込 ID (記入不要)
カイゴ ジロウ	昭和 平成 55 年 5 月 5 日	
介護 次郎		

(1) 基本研修修了の確認

基本研修を修了した証明書類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になります。)

修了証明書等の写しをご提出下さい。

修了証明書類	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
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
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
その他（ ）	枚

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。

(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。)

様式1-2の順位と整合していますか

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	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
	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		
3位	(フリガナ) タマ サブロー	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
	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		
位	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
		口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管		
					経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
		口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管		
位	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
		口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管		

保険証等で氏名を確認のうえ、ご記入ください。

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。