

太陽の村ケアスクール介護職員初任者研修（通信課程） 申込書

平成 年 月 日

ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日	S・H 年 月 日 () 才			
住所	〒 —			
	TEL		E-mail :	
現在の勤務先	法人名		施設名	
	施設所在地 〒 —			
	TEL		FAX	
E-mail :				
施設種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		<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"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 障害者施設	
経験年数 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ① 0～1年未満 <input type="checkbox"/> ③ 2～3年未満		<input type="checkbox"/> ② 1年～2年未満 <input type="checkbox"/> ④ 4年以上	
科目免除 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の方は、(a) か (b) の該当する方に ○ をつけ、必要書類を添付して下さい。 (a) 上記経験年数②～④の180日以上介護業務に従事した者 「1.職務の理解」(6時間)を免除 (b) H25年4月1日以降に「居宅介護従業者養成研修」の2級課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者 「7.認知症の理解」(6時間)を除く全科目を免除			

平成30年太陽の村ケアスクール介護福祉士実務者研修 申込書
平成 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	S ・ H 年 月 日 ()才		
住 所	〒 ー		
	TEL E-mail :		
現在の勤務先	勤務先名		
	所在地 〒 ー		
	TEL FAX E-mail :		
勤務先業種 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 訪問系事業所 <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"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> その他()		
経験年数 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 0～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年～3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上 (年 月)		
介護サービスに係る資格等	<input type="checkbox"/> ヘルパー3級のみ <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(1号・2号) <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修		
添付書類 (本人確認用)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他		
スクール会場	<input type="checkbox"/> 小牧教室 <input type="checkbox"/> 朝宮教室		

第 14 回喀痰吸引等研修（第二号研修）申込書・調書

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
自宅住所	〒 - TEL () - FAX () - E-mail 携帯 TEL		
生年月日	S・H 年 月 日生 () 歳		
実地研修 ※実地研修は 1 行為以上 4 行為まで選択可能 (該当するものに☑)	1. 研修内容 <input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ 2. 実地研修 <input type="checkbox"/> 当スクールで実地研修を希望 <input type="checkbox"/> 就業施設にて実地研修を希望 3. 実地研修希望行為 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
受験免除科目 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 『あり』の方は「修了証明書又は認定書の写し」または「一部履修証明書の写し」を添えて申し込む		
『受講可否通知書』等 今後の書類送付先 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 受講者個人の E-mail : <input type="checkbox"/> 勤務先の E-mail :		
保有資格 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職歴	a. 福祉職場の勤務年数 () 年 () か月 b. 現在の勤務先における勤続年数 () 年 () か月		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	施設所在地 〒 - TEL () - FAX () - E-mail : 担当者名		

<p>施設種別 (該当するものに☑)</p>	<p><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"/>認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/>訪問介護 <input type="checkbox"/>特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>医療的ケアが必要な 利用者・入居者の人数 (申込日時点)</p>	<p>a. 口腔内喀痰吸引 _____人 b. 鼻腔内喀痰吸引 _____人 c. 経管栄養(胃ろう・腸ろう) _____人 d. 経鼻経管栄養 _____人</p>
<p>受験免除科目 (該当するものに☑)</p>	<p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 『あり』 の方は「修了証明書又は認定書の写し」または「一部履修証明書の写し」を添えて申し込む</p>
<p>《就業先施設等での実地研修を希望される方へ》</p> <p>1. 就業した医師、看護師、保健師、助産師及び上記指導者講習と同様の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？</p> <p>①いる ②いない</p> <p>2. 就業先に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？</p> <p>①いる ②いない</p> <p>1-①、2-① の該当者は下記も添付</p> <p><input type="checkbox"/> 「<u>実地研修に係る確認書</u>」 (様式 1-2) <input type="checkbox"/> 「<u>実地研修実施機関承諾書</u>」 (様式 1-3) <input type="checkbox"/> <u>指導看護師(看護師)の「看護師資格証」のコピー</u> ※指導者講習を修了した(医師, 看護師等)講習の「修了証書」のコピーも添付してください。</p>	

第 15 回喀痰吸引等研修（第二号研修）申込書・調書

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
自宅住所	〒 - TEL () - FAX () - E-mail 携帯 TEL		
生年月日	S・H 年 月 日 生 () 歳		
実地研修 ※実地研修は 1 行為以上 4 行為まで選択可能 (該当するものに☑)	1. 研修内容 <input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ 2. 実地研修 <input type="checkbox"/> 当スクールで実地研修を希望 <input type="checkbox"/> 就業施設にて実地研修を希望 3. 実地研修希望行為 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
受験免除科目 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 『あり』の方は「修了証明書又は認定書の写し」または「一部履修証明書の写し」を添えて申し込む		
『受講可否通知書』等 今後の書類送付先 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 受講者個人の E-mail : <input type="checkbox"/> 勤務先の E-mail :		
保有資格 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職 歴	a. 福祉職場の勤務年数 () 年 () か月 b. 現在の勤務先における勤続年数 () 年 () か月		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	施設所在地 〒 - TEL () - FAX () - E-mail : 担当者名		

