

LMCビジネススクール 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

株式会社ライフマスターコーポレーション
代表取締役 大井 一浩 様

法人名
事業所名
事業所長名

印

標記の研修会について、下記のとおり申し込みます。

所属法人名		サービス種別			
事業所の所在地	〒 -				
連絡先	電話： FAX：	担当者名			
(ふりがな) 受講者氏名	生年月日： 昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
受講者の現住所	〒 - 携帯電話(- -)				
現在の職名		保有資格			
受講者の介護の経験	施設・事業所名	勤務時の職種	通算勤務期間(○年○ヶ月)		
希望する研修のコース	※希望する行為を4行為まで○で囲んでください 口腔内吸引 ・ 鼻腔内吸引 ・ 気管カニューレ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養				
実地研修施設の確保	所属法人での実施 可・不可 (←いずれかに○をつけてください)				
実地研修を予定する施設の対象利用者数(重複可)	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻経管
	人	人	人	人	人
実地研修を行う予定の施設名 (指導を行う予定の看護師名)			(指導看護師名：)		
複数申込の場合の受講者の優先順位			/		

※ 自施設(自法人)で実地研修する場合、指導看護師の喀痰吸引等研修事業実施のための
指導者養成講習修了証等の写しを添付して下さい。

LMCビジネススクール 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講推薦書

株式会社ライフマスターコーポレーション
代表取締役 大井一浩 様

法 人 名
事 業 所 名
事業所長名

印

当該事業所において、介護（障害者の支援）に係る業務に従事している下記の者について、標記の研修会を受講させたく推薦します。

なお、研修の過程において修得の見込みなしと判断された場合は、修了できずとも異議の申し立てはしません。

また、履修免除の申し出を行った場合でも、修得の状況が免除できる水準に達していないと判断された場合、履修免除されずとも異議の申し立てはしません。

記

受講者の所属する事業所名	
受講者の職名	
受講者の氏名	

LMCビジネススクール 喀痰吸引等研修
(第二号研修)の一部履修免除の申出書

株式会社ライフマスターコーポレーション
代表取締役 大井一浩 様

法人名
事業所名
事業所長名

印

受講者氏名

印

下記の科目について、履修の免除を申し出ます。

記

【基本研修のうち下記の科目】	
(ア) 基本研修（講義）の全て ※実務者研修修了者を含む	
(イ) 基本研修（講義）の一部 ※筆記試験は含まない	
(ウ) 基本研修（演習）のうち、人工呼吸器装着者に対する 喀痰吸引演習を除く全て	
(エ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ	
【実地研修のうち下記の行為】	
(カ) 喀痰吸引（口腔内）	
(キ) 喀痰吸引（鼻腔内）	
(ク) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	

* 免除を希望する科目に○をしてください。

注1：特別養護老人ホームの経過措置対象者が免除できる科目は、(エ)と(カ)です。

注2：特定の者対象の研修を修了した者については、免除科目はありません。

注3：免除を希望する場合、**認定特定行為業務従事者認定証の写し、及び研修修了証、又は
受講証明書等の写しを添付**してください。

注4：長野県の喀痰吸引等研修規定においては、経過措置対象者及び実務者研修修了者は、筆記試験の免除とはなりません。また、介護福祉士養成校の修了者は、実地のみとなります。