

令和8年度 川崎市 喀痰吸引等研修申込書

※ご記入もれが多い箇所については、分かりやすいように黄色でマークしています。

あてはまる項目がある場合は、ご記入をお願いいたします。

※ご提出はエクセル、PDFどちらでも問題ございません。

申込者	氏名		生年月日		保有資格 ※証明書の写しをご提出ください。 ↓□欄に✓をお入れください。 1.実務者研修（医療的ケア修了） ※実務者研修修了証の写しの提出。 介護福祉士登録証の写しは不可。 2.喀痰吸引等研修基本研修 3.養成施設もしくは学校において医療的ケア（基本研修）の科目を履修 4.特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて
	(ふりがな)		(西暦)	年 月 日	
	性別 ※↓□欄に✓		年齢		
	□男・□女		歳		
	〒		住所		
電話 ※受講当日に連絡可能な番号		メールアドレス ※受講当日に連絡可能なアドレス			
受講優先順位 ( ) 番 ※同事業所より複数名申込みの場合、上記( ) 欄へ優先順位をご記入ください。					
希望クラス	□オンラインクラス □基本研修免除者クラス ※-いずれかに✓をお入れください。				
所属施設事業所	法人名		施設・事業所名		
	施設・事業所所在地				
	〒				
	管理者名・施設長名		担当者名 (※左記とは別に連絡窓口の方がいる場合はご記入ください)		
	電話番号		メールアドレス ※必ずご記入ください		
サービスの種別					
実地研修実施可否	①実地研修は職場でできますか？（原則として受講者の所属法人・事業所等での実施を予定しています） ※□欄に✓をお入れください。				
	□	職場で実地研修の実施ができる。			
	□	職場で実地研修はできない。ただし、協力先施設等で実地研修の実施協力を取り付けている。 協力先名 ( )			
希望の研修及び利用者の状況	②登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）ですか？ ※□欄に✓をお入れください。				
	□	はい			
	□	いいえ	→	□	登録事業者ではないが、本事業を経て事業者登録を予定している。
認定状況	③希望の行為 ※□欄に✓をお入れください。				
	□	□	□	□	□
	□	□	□	□	□
認定状況	④本研修を知ったきっかけ ※□欄に✓をお入れください。				
	□	川崎市HP及び市からのメール			
	□	川崎市老人福祉施設協議会 施設長会			
その他 ( )					

<確認事項> ※□欄に✓をお入れください。

- ① 実地研修に必要な書類の提出が可能である。（※必要書類は募集要領に記載）
- ② 基本研修及び実地研修をスケジュール通りに進めることが可能である。
- ③ その他、募集要領に記載してある内容を理解したうえで申込を行う。

<提出書類> ※□欄に✓をお入れください。

- ① 令和8年度 川崎市 喀痰吸引等研修申込書（本用紙）
- ② 受講申込における個人情報取得同意書
- ③ ※基本研修免除者クラスのみ※ 保有資格証の写し

上記の者について、令和8年度たんの吸引等にかかる介護職員等研修の受講に申し込みます。

年 月 日

施設・事業所責任者氏名 (ご署名)

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局						
(住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3 JP茅場町ビル2階						
(TEL) 03-6803-5624 (E-mail) st_kenshu@home.misawa.co.jp						
弊社 記入	申し込み	受講可否通知	入金	テキスト発送	修了証発行	受講番号
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	