

川崎市委託事業

受講者
募集

令和5年度【第2回】 介護職員にかかるたんの吸引等研修

この研修は川崎市の委託事業としてセントスタッフ株式会社 セントカレッジが実施します。

選べる！オンラインクラス or
通学クラス or 基本研修免除者クラス

受講生や事業所の状況に合わせて選択できます。
※基本研修免除者クラスは条件あり

全2回（6月開始/9月開始）
実施

事業所の状況に合わせて、
より多くの方の受講が可能になりました。

医療的ケア教員講習会
開催

医療的ケア教員講習会を看護師等の方が受講すること
で、実地研修の指導資格を得られます。

実地研修先 紹介可能

※今年度より紹介枠が増える予定です。
※所属施設・事業所等での対応が難しい場合に限りです。
※感染症等の影響により、紹介ができなくなる可能性があります。

研修課程

喀痰吸引等 第1号研修 喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)
経管栄養(胃ろう又は腸ろう・経鼻経管)の5行為すべてを行う
喀痰吸引等 第2号研修 上記5行為のうち、1～4行為を選択して行う

受講対象者

川崎市内の介護保険サービス施設・事業所に勤務する介護職員(基本研修免除者も対象)で、
原則として以下の条件を満たす方

- (1) 研修終了後、所属施設・事業所において、たんの吸引等を業務として行う予定であること
- (2) 研修の受講について施設長等が推薦する者であること
- (3) 所属する施設・事業所等に、実地研修における各行為の実施に協力可能な利用者がいて
所属施設・事業所等において、実地研修を必要な回数行えること

研修会場

川崎市生活文化会館（てくのかわさき）
JR南武線「武蔵溝ノ口駅」北口、東急田園都市線「溝の口駅」より徒歩5分
※オンラインクラスの方も基本研修（演習）は上記会場に通学となります。

研修開始月

令和5年9月

受講定員

21名

※応募者多数の場合、基本的に先着順としますが、同事業所から複数名お申込み
を頂いている際は、選考にて人数調整させていただきます。

受講料

15,000円(税込) テキスト代含む

申込期間

令和5年6月12日(月)～7月31日(月)

※定員に達した場合は、申込締切前に申込を締め切らせて頂く場合がございます。

管理者向け資格制度説明会 オンデマンド配信中！

※令和5年4月25日にオンラインにて実施した内容です。

申込検討中の事業者対象の説明会です。

QRコード読み取りか、以下のURLよりお申込みください。
<https://www.youtube.com/watch?v=rauoJkllQTc>

QRコードは(株)デンソーウェアの登録商標です。



詳細は「募集要領」をご確認下さい。

お問合せは、お電話またはメールにてお気軽にご連絡下さい。＊「川崎市喀痰吸引等研修の件で」とお問合せ頂くとスムーズです。

(受託事業者) セントスタッフ株式会社

(問合せ先) セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局 (担当：杉本・古山)

TEL : 03-6803-5624 (平日10:00～18:00) FAX : 03-6803-5627

メール : st_kenshu@home.misawa.co.jp HP : <https://st-college.com/>

〒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



インターナショナルケアバンク

セントスタッフ株式会社

令和 5 年度

川崎市 介護職員にかかるたんの吸引等研修

募集要領

この研修は、川崎市の委託事業としてセントスタッフ株式会社 セントカレッジが実施します。

「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、平成 24 年度から、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携により安全確保が図られていることなど、一定の条件のもとで「たんの吸引等」の行為を実施できるようになりました。

しかし、介護保険事業所において必要な人材を確保することが、依然として困難であることから、川崎市において研修を開催し、たんの吸引等を行える介護人材の確保を図ることを目的として実施します。

令和 5 年度 川崎市 介護職員にかかるたんの吸引等研修の特徴および前年度からの変更点

◆全 2 回（6 月開始 / 9 月開始）：開始時期を早め、実地研修の期間を確保します！

◆講義はオンラインクラスか通学クラスを選択できる！

⇒オンラインクラスのカリキュラムが変更となり、8 日目と 9 日目は通学となります。

◆基本研修免除者も対象！

⇒半日間の振返り演習と実地研修のみで OK

◆実地研修の指導資格がない看護師等の方への、医療的ケア教員講習会の開催あり！

⇒受講することで指導資格が得られます。

◆実地研修の紹介先の拡大

⇒令和 5 年度よりご紹介できる実地研修先が増え、より多くの方をご案内できるようになります。

※所属する施設・事業所等での対応が難しい場合に限りです。

※感染症等の影響により、紹介ができなくなる可能性がございます。



1. 研修課程

（１）喀痰吸引等 第 1 号研修 喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)

経管栄養(胃ろう又は腸ろう・経鼻経管)の 5 行為すべてを行う。

（２）喀痰吸引等 第 2 号研修 上記 5 行為のうち、1～4 行為を選択して行う。

2. 受講対象者

川崎市内の介護保険サービス施設・事業所に勤務する介護職員(基本研修免除者※も対象)で、原則として以下の条件を満たす方

- (1) 研修終了後、所属施設・事業所において、たんの吸引等を業務として行う予定であること
- (2) 研修の受講について施設長等が推薦する者であること
- (3) 所属する施設・事業所等に、実地研修における各行為の実施に協力可能な利用者がいて所属施設・事業所において、実地研修を必要な回数行えること

(※)基本研修免除者とは

- ・「喀痰吸引等研修 基本研修」「実務者研修（医療的ケア）」を受講修了している者
…基本研修（講義）及び（演習）を免除
 - ・「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」を受講修了している者
…基本研修（演習）及び実地研修において「口腔内吸引」を免除
- ※免除を希望する者は、所有する資格の証明書の写しを提出する必要がある。

3. 受講定員

21名

※応募者多数の場合、基本的に先着順としますが、同事業所から複数名お申込みを頂いている際は、選考にて人数調整をさせていただきます。

4. 受講料

15,000 円(税込) テキスト代、損害保険料等を含む

5. 研修内容

- (1) 基本研修(講義) …講義にて喀痰吸引の基本を学びます。(8 日間)
- (2) 基本研修(演習) …シミュレーターを用いて実技の演習を行います。(1 日間)
- (3) 実地研修 …基本研修を修了後、所属する施設・事業所等にて実地研修を行います。

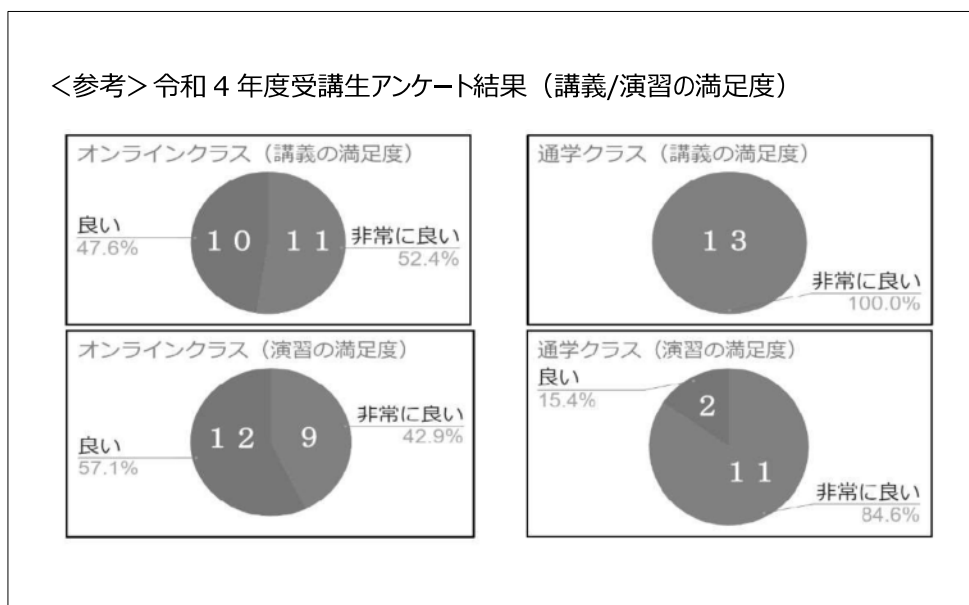
6. 研修日程

別紙スケジュール参照

7. クラス及び実施方法

下記 (1) ～ (3) よりクラスをお選びください。それぞれのクラスを修了した後、(4) に進みます。

(1) (2) については受講生ご本人とご相談の上、クラスを選択してください。



（１）オンラインクラス

基本研修（講義）は Zoom を使用します。下記ア～ウを全て満たせることが参加の条件となります。

ア 原則としてパソコン、タブレット端末より Zoom にアクセスできること

イ 内蔵または外付けカメラにより、映像を送ることができること

ウ 個室の環境等、集中して受講ができる環境であること

基本研修（講義）8 日目と基本研修（演習）は通学となります。

会場は下記（２）通学クラスと同様となります。

（２）通学クラス

基本研修（講義）及び（演習）共に下記会場にて実施します。

会場：「川崎市生活文化会館（てくのかわさき）」

JR 南武線「武蔵溝ノ口駅」北口、東急田園都市線「溝の口駅」より徒歩 5 分

（３）基本研修免除者クラス

基本研修（講義）及び（演習）が免除となりますが、安全に実地研修を行うために、手技等を確認する「振り返り演習」を実施します。会場は（２）通学クラスと同様となります。

（４）実地研修

原則、所属する施設・事業所等にて実施して頂きます。実地研修環境が整わない場合に限り、若干名の実地研修先の紹介を行います。（別途費用発生有り）

◆実地研修が行える条件

- ア 実地研修の講師を務めることができる看護師がいること
 - ※看護師免許を持ち、3年以上の実務経験があり、医療的ケア教員講習会等を修了している者（講師がいない場合、ご相談可能。※別途費用発生有り）
 - ※不測の事態に備え、複数名いることが望ましい
- イ 実地研修における各行為の実施に協力可能な利用者がいること
 - ※承諾書等の書類の提出が必要
- ウ 所属する施設・事業所等において、実地研修を必要な回数行えること
- エ 下記の必要書類を不備なく提出することができること ※全て書式あり
 - （ア）実地研修実施機関追加申請書
 - （イ）実地研修 実施機関承諾書
 - （ウ）実地研修先確認書
 - （エ）実地研修に関する業務方法書
 - （オ）実地研修実施計画書
 - （カ）実地研修の実施に係る同意書
 - （キ）実地研修指導看護師の看護師免許証の写し
 - （ク）実地研修指導看護師の指導者講習等の修了証の写し
 - （ケ）指導看護師の調書
 - （コ）指導看護師 就任承諾書
 - （サ）実地研修 実施報告書 ※実地研修終了後
 - （シ）実地研修 評価表 ※実地研修終了後

**<令和 3・4 年度 川崎市喀痰吸引等研修 ご受講の事業所で一度書類を提出している場合は、
下記のための提出となります>**

提出書類

- （ア）実地研修実施機関追加申請書
- （オ）実地研修実施計画書
- （カ）実地研修の実施に係る同意書
- （サ）実地研修 実施報告書 ※実地研修終了後
- （シ）実地研修 評価表 ※実地研修終了後

※(イ)(ウ)(エ)(キ)(ク)(ケ)(コ)、それぞれにおいて変更がない場合に限る

◆実地研修の内容

※下記の各項目で、70%以上の成功および最終3回が連続して成功である必要があります。

※第一号研修は全5行為の実施、第二号研修は1～4行為の実施となります。

ア 口腔内の吸引 10回以上

イ 鼻腔内の吸引 20回以上

ウ 気管カニューレ内部の吸引 20回以上

エ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

【滴下】20回以上

【半固形】を取得される方・【滴下】を20回以上かつ【半固形】を任意回数実施

オ 経鼻経管栄養 20回以上

◆指導看護師派遣

指導看護師が用意できない場合、弊社の講師を派遣することが可能です。

別途費用として、1時間当たり4,400円（税込）が発生いたします。

◆実地研修先の紹介

実地研修は原則として受講生の所属する施設・事業所等にて実施としますが、環境が整わない場合には、弊社の実地研修協力機関を紹介します。この対応は、実地研修先の確保が難しいことを鑑み、在宅系介護事業所等を優先しますが、紹介先の示す日程に合わせられることを条件とします。紹介可能な人数は実地研修協力機関の状況により決定いたします。

また、感染症等の影響により、紹介ができなくなる可能性もございますので予めご了承下さい。

※実地研修協力機関に直接お問合せすることはご遠慮ください。

ア 喀痰吸引等 第一号研修を希望する場合

(ア) 実地研修協力機関：医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院

(神奈川県秦野市鶴巻北 1-16-1)

(イ) 実地研修プログラム：

※胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
【半固形】は取得できません。
【滴下】は取得可能です。

◆2日間プログラム	1日目 9:00～19:00
(費用 ¥42,000)	2日目 5:30～19:00
◆3日間プログラム	1日目 9:00～19:00
(費用 ¥52,000)	2日目 9:00～19:00
	3日目 9:00～19:00

イ 喀痰吸引等 第二号研修を希望する場合

(ア) 実地研修協力機関：医療法人社団愛生会 三ツ境病院

(神奈川県横浜市三ツ境 23-8)

(イ) 実地研修プログラム：

※胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
【半固形】は取得できません。
【滴下】は取得可能です。

※気管カニューレ内部の吸引は
取得できません。

◆1行為	喀痰吸引：1日間
(費用 ¥11,000)	経管栄養：3日間
◆2行為	喀痰吸引2行為：1日間
(費用 ¥22,000)	経管栄養2行為：3日間
	喀痰吸引・経管栄養各1行為：4日間
◆3行為	4日間
(費用 ¥33,000)	
◆4行為	4日間
(費用 ¥44,000)	

初日 …8:30～17:00

2日目以降 …10:30～17:00

※行為の組み合わせによって実地研修の日数が変わります。

※申込書の「希望の研修及び利用者の状況 ③希望の行為」に希望する行為に丸を付けて下さい。

※実地研修日程は、実地研修実施の前月 10 日頃に、下記の流れで連絡いたします。

実地研修協力機関 → 弊社 → 受講生の所属事業所

※研修時間や費用については、実地研修協力機関の都合により変更となる場合もございます。

8. 申込方法・期間

(1) 申込方法

別紙申込書にご記入の上、メール（推奨）または郵送にてお申込みください。

弊社にて受理した際、こちらから確認のためご連絡を致します。

お申込み後、1 週間以内に弊社より連絡がない場合、お手数ですがご連絡をお願いします。

«郵送でお送り頂く場合»

簡易書留等、記録の残る方法での郵送をお願い致します。

※ご注意※

ア メールにて受講決定の可否についてご連絡致します。必ず事業所のメールアドレスをご記入ください。

イ 受講者の電話番号、メールアドレスは必ず研修当日に連絡の取れる連絡先をご記入ください。

(2) 提出するもの

ア 申込書

イ 個人情報の取扱いに関する同意書

ウ 保有資格証の写し ※基本研修免除クラスの場合のみ

(3) 申込期間

令和5年6月12日(月)～7月31日(月)

※定員に達した場合は、申込締切前に申込を締め切らせていただく場合がございます。

(4) 申込先

◇郵送先住所：〒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
セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 宛

◇メールアドレス：st_kenshu@home.misawa.co.jp

(5) 受講決定通知

受講決定通知は事業所のメールアドレス宛にお送りいたします。

定員に達し、ご受講頂けない場合も不承認通知をメールにてお送り致します。

8月16日(水)に通知予定です。

9. 受講料のお支払い

申込書受理後、事務局から受講決定通知書、受講料請求書、講座案内を事業所のメールアドレス宛にお送りいたします。

受講料請求書の内容に従い、下記の期日までに銀行振り込みにて受講料のお支払いをお願いいたします。

支払期日：令和5年9月29日(金)

10. 修了証の交付

- (1) 基本研修の全日程を修了し、筆記試験および演習評価に合格された方に実地研修を行って頂きます。
- (2) 実地研修にて所定の評価回数を終わられた方に喀痰吸引等研修の修了証を発行いたします。
- (3) 実際に介護施設等において業としてたん吸引等業務を行う際は、修了証とともに各都道府県へ認定特定行為業務従事者の交付申請を行い、認定を受けてください。

11. 管理者向け資格制度説明会 オンデマンド配信

申込検討中の施設や事業所の管理者向けの資格制度説明会動画を配信しております。

※令和5年4月25日にオンラインにて実施した内容となります。

下記リンクまたはQRコードよりご視聴ください。

(QRコードは(株)デンソーウェブの登録商標です。)

<https://www.youtube.com/watch?v=rauoJkl1QTc>



12. 医療的ケア教員講習会の実施

実地研修の指導資格がない看護師等の方への「医療的ケア教員講習会」を開催します。受講頂くことにより、指導資格を得ることができます。

- (1) 日程

10月30日(月) 9:00～18:00

(2) 会場

川崎市生活文化会館（てくのかわさき）

(3) 受講対象者

看護師免許を取得後、3年以上の看護業務経験を有する者

(4) 申込手続き

申込書にご記入の上、郵送またはメールにてお申込みください。（8（4）同様）

(5) 提出するもの

ア 申込書

イ 個人情報の取扱いに関する同意書

ウ 看護師免許証の写し

(6) 申込期間

令和5年6月12日(月)～9月29日(金)

(7) 受講料

3,300 円(税込) テキスト代含む

(8) 受講料のお支払い

申込書受理後、事務局から受講料請求書、講座案内を事業所のメールアドレス宛にお送りいたします。

受講料請求書の内容に従い、下記の期日までに振り込みにて、受講料のお支払いをお願いいたします。

支払期日：令和5年10月31日(火)

13. 留意事項（喀痰吸引等研修・医療的ケア教員講習会共通）

(1) 遅刻・早退の取扱い

ア 10 分未満の遅刻・早退については、出席扱い とします。

イ 10 分以上の遅刻・早退及び欠席については、(2)の取扱いまたは補講にて対応します。

(2) 講義・演習ともに、オンラインクラス・通学クラスへの振替えが可能です。(喀痰吸引等研修のみ)

(3) 別日で補講を実施する場合は、1 時間あたり 4,400 円(税込)の補講料が発生いたします。

(4) 基本研修(演習)および振返り演習の日程に関しては、弊社で調整させていただきます。(喀痰吸引等研修のみ)

(5) 原則、申込書提出後のキャンセルに関しては返金できません。

(6) 新型コロナウイルス感染拡大防止の観点より、以下についてご注意ください。

ア 風邪症状がある場合、または通学の前に検温を行い 37.5℃以上ある場合は通学不可とします。

必ず欠席連絡を事務局に行ってください。

イ 受講期間中 PCR 検査の結果が陽性の場合、濃厚接触者に該当した場合、その他心配な点がありましたら、事務局までご連絡ください。

ウ 通学時、研修会場内、帰宅時にマスク着用を推奨いたします。

エ 会場への入室時に必ず検温後、指定の検温記録表に記入し、手指消毒用アルコールにて消毒をしてください。

14. 研修会場

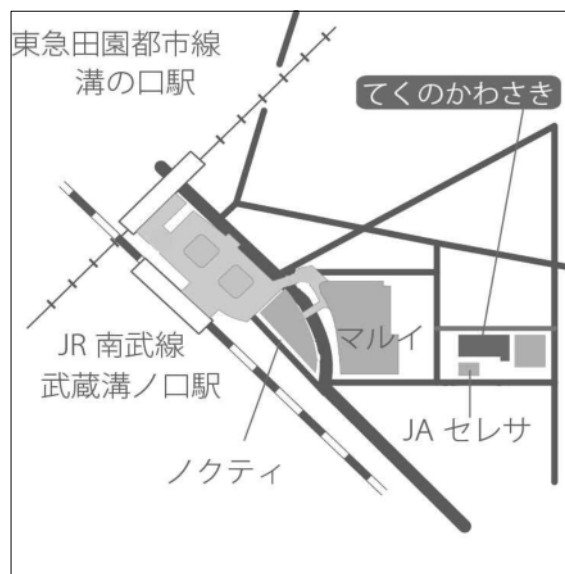
川崎市生活文化会館 てくのかわさき

〒213-0001 川崎市高津区溝口 1-6-10

◇アクセス

J R 南武線「武蔵溝ノ口駅」北口、
東急田園都市線「溝の口駅」より徒歩 5 分

※会場に直接お問合せすることはご遠慮ください。



<お問合せ先>

「川崎市 喀痰吸引研修の件で」とお伝え頂くとスムーズです！

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（担当：杉本・古山）

〒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 （平日 10:00～18:00） FAX： 03-6803-5627

メール： st_kenshu@home.misawa.co.jp

HP： <https://st-college.com>

インターナショナルケアバンク
セントスタッフ株式会社

第2回

研修日程表

①オンラインクラス ②通学クラス ※通学会場はすべて川崎市生活文化会館(てくのかわさき)

	回数	時間	内容	オンライン クラス	通学 クラス
基本 研修 （講義）	1日目	9:30～ 17:35	オリエンテーション 人間と社会 安全な療養生活①	9月9日(土)	9月5日(火)
	2日目	9:30～ 17:20	安全な療養生活② 清潔保持と感染予防② 健康状態の把握	9月16日(土)	9月12日(火)
	3日目	9:30～ 17:20	高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」概論①	9月29日(金)	9月26日(火)
	4日目	9:30～ 17:20	高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」概論② 高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説①	10月14日(土)	10月3日(火)
	5日目	9:30～ 16:40	高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説② 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論①	10月21日(土)	10月17日(火)
	6日目	9:30～ 17:20	高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論②	10月28日(土)	10月31日(火)
	7日目	9:30～ 17:20	高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論③ 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」実施手順解説①	11月5日(日)	11月7日(火)
	8日目	9:30～ 17:45	高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論③ 高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説③ 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」実施手順解説② 筆記試験	11月23日 (木祝) ※通学	11月21日(火)
(基本 演習) 研修	※いずれか 1日のみ	9:30～ 18:30	口腔内吸引(5回以上) 鼻腔内吸引(5回以上) 気管カニューレ内部吸引(5回以上) 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(5回以上) 経鼻経管栄養(5回以上) 救急法(1回以上)	11月25日(土)	
				11月26日(日)	
				11月27日(月)	
				11月28日(火)	
研実 修地	基本研修修了後～令和6年2月29日(木) ※実地研修計画書に基づき進捗管理を実施。				
修了 証	随時発行 (本事業内の最終発行日:令和6年3月29日(金))				

※基本研修(演習)は、オンラインクラス、通学クラスともに、「川崎市生活文化会館(てくのかわさき)」を会場とする。

③基本研修免除者クラス ※振返り演習会場はすべて川崎市生活文化会館(てくのかわさき)

	回数	時間	内容	基本研修免除者クラス
(基本 講義)	免除			
振返り 演習	いずれか 1回のみ	午前の部 9:30～ 13:00 or 午後の部 14:30～ 18:00	口腔内吸引 鼻腔内吸引 気管カニューレ内部吸引 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養	10月4日(水)
研実 修地	振返り演習実施後～令和6年2月29日(木) ※実地研修計画書に基づき進捗管理を実施。			
修了 証	随時発行 (本事業内の最終発行日:令和6年3月29日(金))			

セントカレッジ受講申込における個人情報取得同意書

セントスタッフ株式会社(以下、「当社」)は、セントカレッジ受講申込の際、受講申込書により貴殿に関する個人情報を取得することになりますが、その取得した個人情報の取り扱いについて、次のように管理し、保護に努めて参ります。つきましては、本内容をご理解頂き、ご同意の上でご提出頂きますよう、お願い申し上げます。

1 組織の名称について

セントスタッフ株式会社

2 個人情報保護管理者について

個人情報保護管理責任者

(住 所)東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号

(電 話)03-6803-5621 (メール)St_Privacy@home.misawa.co.jp

3 利用目的について

当社によるセントカレッジ運営における管理資料として利用するものとし、その他の目的には一切使用いたしません。

4 個人情報の第三者提供について

ご提供いただいた個人情報は、第三者に個人データを提供することはありません。

5 個人情報の取り扱いの委託について

ご提供いただいた個人情報は、利用目的達成に必要な範囲内において、第三者へ個人情報を委託する場合があります。その場合は、個人情報保護体制が整備された委託先を選定いたします。

6 個人情報の開示等について

個人情報の開示請求等(利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止または消去、第三者提供の停止、利用または提供の拒否権)のお求めに際しては、ご本人であることを確認した上で対応いたします。

<開示請求等のお問い合わせ窓口>

セントスタッフ株式会社 個人情報保護相談窓口 個人情報保護管理責任者

(住 所)東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号

(電 話)03-6803-5621 (メール)St_Privacy@home.misawa.co.jp

7 情報提供の任意性について

個人情報の提供はご本人の任意になりますが、ご提供いただけない場合には、ご本人に対し実施する対内的または対外的な業務処理を遂行できない場合や、当社がお客様に提供するサービスをご利用になれない場合があります。

8 本件に関するお問い合わせについて

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ運営事務局

(住 所)東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号

(電 話)03-6803-5623 (メール):st_kenshu@home.misawa.co.jp

セントスタッフ株式会社 代表取締役 片山直樹様

上記内容に同意致します。

年 月 日

ご署名

※□には、該当するものに「✓」を入れて下さい。

申込者	氏名	生年月日		基本研修免除要件	
	(ふりがな)	(西暦) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1.実務者研修(医療的ケア修了)	
		性別	年齢	<input type="checkbox"/> 2.喀痰吸引等研修基本研修	
		男 ・ 女	歳	<input type="checkbox"/> 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	
	住所			<input type="checkbox"/> 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	
	〒			※1, 2, 3は修了した学校名 ()	
	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		※上記の証明書の写しをご提出ください。	
			@		
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	<input type="checkbox"/> 通学クラス <input type="checkbox"/> オンラインクラス <input type="checkbox"/> 基本研修免除者クラス				
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)				
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修の実施ができる。 <input type="checkbox"/> 医師または看護師(准看護師を除く)または助産師がいる。 実地研修指導者氏名 () 他 名				
	<input type="checkbox"/> 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 ()				
	<input type="checkbox"/> 実地研修可能(実施予定)行為 ※○をお付けください。 (口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ・ 胃ろう ・ 経鼻経管)				
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修はできない。協力先施設等もない。				
②登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)ですか？					
<input type="checkbox"/> はい					
<input type="checkbox"/> いいえ → <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 特に登録事業者になる予定はない。					
希望の研修及び利用者の状況	③希望の行為				
	<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"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引				
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(滴下・半固形) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養				
	④現在の職場でどの特定行為が必要か、利用者数も併せて記載してください。				
	行為の種類(喀痰吸引)	利用者数	うち、人工呼吸器装着者		
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	名	名		
<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	名	名			
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	名	名			
行為の種類(経管栄養)	利用者数	うち、半固形栄養剤			
<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	名	名			
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	名				
認定状況	⑤現在、あなた(受講者)は認定特定行為業務従事者の認定を受けていますか？				
	<input type="checkbox"/> 特定 (対象行為: 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ・ 胃ろう ・ 経鼻経管)				
	<input type="checkbox"/> 不特定 (対象行為: 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ・ 胃ろう ・ 経鼻経管)				
	<input type="checkbox"/> 受けていない				
⑥職場に認定特定行為業務従事者はいますか？					
<input type="checkbox"/> はい (名) <input type="checkbox"/> いいえ					

＜確認事項＞ □にチェックを入れて下さい。

- ☐ 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＞ □にチェックを入れて下さい。

- ☐ ① 令和5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5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。

令和5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	
	／ ．	／ ．	／ ．	／ ．	／ ．		

第2回

令和5年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書

＜受講者情報＞

※氏名は正しく記入をお願いします。修了証に記載します。

申込日	年 月 日	研修日：10月30日(月)			
フリガナ					
氏 名					
生年月日	(西暦) 年 月 日	性 別		年 齢	
看護師資格 取得年月日		看護師取得後 実務経験	年 月		
住 所	〒				
電話番号 ※		メールアドレス ※	@		

※研修当日に必ず連絡の取れる内容をご記入ください。

＜法人・事業所情報＞

法人名			
事業所種別		事業所名	
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記入。
事業所 住 所	〒		
電話番号		メールアドレス	@

＜確認事項＞

□にチェックをお入れください。

- ☐ 令和5年度川崎市介護職員にかかるたんの吸引等研修 募集要領内「12. 医療的ケア教員講習会の実施」の記載内容を理解した上で申込みをする。

＜提出書類＞ ※申込時

□にチェックをお入れください。

- ☐ ① 令和5年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書(本用紙)
☐ ② 受講申込における個人情報取得同意書
☐ ③ 看護師免許証の写し

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
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	