

## 申込用紙「記入上の注意」

### 1 受講者及び所属先について

#### ① 受講者氏名

受講者の氏名を記入してください。旧字体についても省略せずに記載してください。

#### ② 生年月日及び年齢

生年月日を西暦で記入してください。年齢は2025年4月1日現在の年齢を記入してください。

#### ③ 写真

- ・ 3か月以内に撮影した写真を貼付してください。
- ・ 筆記試験の確認にも使用しますので、眼鏡使用の方は、眼鏡をかけて写真撮影してください。
- ・ 写真の大きさは、縦3 cm×横2.4cmとし、2枚用意してください。1枚は申込書に貼付し、もう1枚は、(こちらから送付する受講票に貼付しますので、) 申込書にクリップ等で留めるなどして添付してください。
- ・ 写真は背景のないものとし、写真の裏に所属名及び氏名を記入してください。

#### ④ 性別

該当する方に○を付してください。

#### ⑤ 資格

社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー、社会福祉主事など、所有している資格を記入してください。なお、同種の資格を複数有する場合は、最上位の資格のみ記入してください。

#### ⑥ 経験年数

- ・ 入所系及び通所系事業所での常勤の介護職員等としての経験年数を記入してください。
- ・ 入所系の事業所の経験年数と通所系の事業所の経験年数の合算は認めません。

#### ⑦ 設置主体

施設・事業所の所属する法人名を記入してください。

#### ⑧ 施設名・事業所名

所属する施設名又は事業所名を記入してください。

#### ⑨ 事業所の根拠法

介護保険法、障害者自立支援法、老人福祉法など、事業所の運営が何の法律に基づいているか、その法律について記入してください。

#### ⑩ サービスの種類

介護老人福祉施設(地域密着型含む。)、介護老人保健施設、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護(地域密着型含む。ただし外部サービス利用型を除く。)、介護医療院、障害者支援施設、障害児入所施設、有料老人ホームのうち住宅型有料老人ホームに該当するもの、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、居宅介護・重度訪問介護、生活介護、共同生活援助、児童福祉法に基づく児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所、認定こども園のいずれかを記入する。

⑪ 研修責任者・電話番号・FAX 番号

施設・事業所内で研修責任者を決め、その方の氏名を記入してください。

なお、研修に係る連絡や照会等は、すべて研修責任者に行いますので、照会に回答できる方としてください。また、電話番号及びFAX 番号は、研修責任者と日中連絡がとれる番号を記載してください。

2 指導看護師について

指導看護師等がない場合は申込みすることができません。指導看護師の研修修了状況について、該当するものに○を付してください。

※指導看護師等

医師、保健師、助産師あるいは看護師（准看護師は含まない。）で臨床経験が3年以上あり、厚生労働省、青森県及びあらかじめ厚生労働省に届け出た実施機関が実施した研修を修了した者。

3 現在の利用者の状況

当該研修は、現在、施設あるいは事業所に喀痰吸引等を必要とする利用者がいる方を対象としています。

現在の利用者の状況について、記入してください。

4 実地研修先について

実地研修先は、自ら確保することとしています。実地研修先が自施設以外の方は、実地研修先の情報を記入してください。

5 実地研修について

実地研修を実施するためには、研修の実施に同意する利用者がいなければなりません。法令等で定められた回数を実施するために必要な人数分の利用者の同意を得る必要があります。

また、実地研修先として書類等の整備をしなければなりません。条件を全て読み、条件を全て満たせる場合のみ申込みすることができます。条件を確認の上、施設等の代表者（施設長など）が署名してください。