

社会福祉法人 薫風会

くらししき総合福祉専門学校

2021年5月開講

医療的ケア研修会

募集要項

## 1. 募集概要

研修会名	募集人員	研修期間
たん吸引等の実施のための研修会 (社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第二号に定める研修)	20名	10日間 (演習含む)

## 2. 研修日程及び場所

### (1) 基本研修

項目	内容
研修日程	講義 2021年 5月 29日(土) 6月 25日(金) 7月 24日(土) 29日(木) 30日(金) 8月 3日(火) 4日(水) ※筆記試験は8月5日(木)13:30~14:30におこないます。 演習 2021年 8月 6日(金) 7日(土) 9日(月) 10日(火)
研修時間	9:00~18:00 ※初日は10:20より開催します。なお、終了時間は18:00ですが、カリキュラム時間数の関係上、30分ほど前後する場合があります。詳細は受講決定通知書の送付時にお知らせします。
研修場所	KURAFUKU キャリアカレッジ(くらしき総合福祉専門学校ヨコ)

- ※ 基本研修の修了には「講義」「演習」とも全課程の受講が必要となります。
- ※ 厚生労働省令により、基本研修「講義」修了前に筆記試験を行いません。「演習」は合格者に対してのみ実施します。なお、筆記試験の合格は総合正解率9割以上となっています。合格できなかった場合は講義の全課程を再履修する必要があります。
- ※ 基本研修「演習」修了者には「基本研修修了証明書」を発行し、実地研修へと進みます。なお、演習の到達度が著しく芳しくない場合は修了証明書が発行できませんのでご了承ください。

### (2) 実地研修

今回の研修会は実地研修が勤務先で可能な方、もしくは、本法人グループ以外の介護事業所で実地研修が可能な方に限らせて頂きます。ご了承ください。

### 3. 受講資格

---

- (1) 介護福祉士の資格を有し、原則として、これからたん吸引等の業務にあたる者であって、本校が認めた方
- (2) 実地研修が行える事業所(勤務先等)をご自身で確保できる方

### 4. 受講料

---

#### (1) 基本研修

内 訳	金 額	納 付
受講料	120,000円	受講決定後、一括納入
テキスト代	2,200円	研修初日購入

#### (2) 実地研修

- 1) 本校関連施設並びに本校が委託する本校関連施設以外の喀痰吸引等研修実地研修実施機関の施設で本校から担当講師を派遣しない場合は、実地研修費は徴収しません。
- 2) 前項に掲げる場合以外の実地研修費については本校関連施設以外の喀痰吸引等研修実地研修実施機関として承認された施設と別途協議のうえ決定します。

### 5. 申込み

---

#### (1) 応募書類

書 類	内 容
受講申込書	本校指定の用紙に必要事項を記入し、縦 4.0 cm×横 3.0cm の写真を貼り付けてください。
受講理由書	本校指定の用紙をご使用ください。
その他	推薦書(本校指定のもの) 及び 資格書のコピー

(2) 応募締切日 2021年5月17日(月) 必着

#### (3) 選 考

応募者の実務実績等を考慮し、書類選考を行った上で、受講決定通知書を本人に送付します。

#### (4) 基本研修の受講料等の納入

受講決定通知書を受け取ったのち期日までに同封する所定の口座へ受講料等を納入して下さい。なお、一度納入された受講料等は返金いたしませんのでご了承下さい。

## 6. 申込み先

---

社会福祉法人薫風会 暮らしき総合福祉専門学校 医療的ケア研修会係

〒712-8012 岡山県倉敷市連島1丁目3番27号

TEL(086)444-8181 FAX(086)441-7171 Web:kurafuku.jp

# 医療的ケア研修会 申込書

たん吸引等の実施のための研修会(社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第二号に定める研修)

くらしき総合福祉専門学校

フリガナ				印	<b>写真貼付欄</b> ・上半身正面 ・最近 3 ヶ月以内に撮影のもの ・縦 4 cm × 横 3 cm ・写真の裏面に氏名を記入して下さい。		
氏名							
生年月日	年	月	日				
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
現住所	〒 ー						
電話番号 (自宅)			携帯番号				
資格			資格取得 年月日	年	月		
資格			資格取得 年月日	年	月		
最終学歴				年	月卒業		
職歴				年	月～	年	月
				年	月～	年	月
				年	月～	年	月
勤務先 (現職)	名称						
	住所	〒 ー					
	電話番号						
	喀痰吸引指導者研修会(伝達講習会)等に参加した看護師の有無 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明						
実地研修 について	<input type="checkbox"/> 現在の勤務先を希望 <input type="checkbox"/> それ以外を希望						

【注意】 □の欄はレ点を記入して下さい。また、年号は西暦でご記入願います。

# 受講理由書

社会福祉法人 薫風会  
くらしき総合福祉専門学校長 殿

医療的ケア研修会への参加を希望する理由をお書きください。

記入日	フリガナ	
年 月 日	氏 名	印

【注意】 自筆でご記入ください。  
年号は西暦でご記入願います。

# 推 薦 書

社会福祉法人 薫風会

くらしき総合福祉専門学校長 殿

次の者を貴校・医療的ケア登録研修会への参加を認め推薦いたします。

氏 名		部署名又は役職

2021年\_\_月\_\_日

施設名\_\_\_\_\_

施設長名\_\_\_\_\_ (印)