様式１（事業所用受講申込書）

NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会 **令和８年度　喀痰吸引等行為の個別研修　第３号研修（特定の者）**	**実 地 の み 受講申込書**

事業所住所　〒

事業所名　　（送付先住所）

【連絡先 TEL】　　【FAX】　　【問合せ担当者名】

【ご連絡 E-mail アドレス（任意）】　　@

１　下記のとおり受講申込みいたします。なお、提出書類の記入事項にあきらかな不備・誤りがあるときには、ご連絡を頂いた上で、当該事項について貴会が加筆修正することに同意致します。

（１）申込人数等　　※下記の事項について、ご記入ください。（合計）

申込人数：計　　人	協力訪問看護事業所数　　ヶ所 （指導看護師等派遣事業所数）

（２）申込み頂いた介護職員と利用者、指導看護師等派遣事業所の組合せを下記の表にご記入下さい。

※指導看護師等資格について…指導資格がない場合、当会で研修可能です。別紙（様式 2-1）にてお申込みください（別途有料）↓

申込者 記入不要	介護職員等の氏名	利用者の氏名	指導看護師 派遣事業所名	指導看護師資格		事務局使用欄	
1	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		有	無	1	2
						3	済
2	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		有	無	1	2
						3	済
3	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		有	無	1	2
						3	済
4	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		有	無	1	2
						3	済
5	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		有	無	1	2
						3	済

※１枚に記載できない場合は、当様式を必要部数印刷して使用してください。

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大１年間保管し、本会で責任をもって処分させて頂きます。

様式１―１（受講者申込書）

（３）**本紙は**介護職員等１人につき１枚を提出して下さい。

受講者氏名　　性別：　男　・　女　　介護職資格：

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日　学校名または所属先

受講者住所　〒

（４）　**基本研修免除のための確認・・・A.～C.** いずれかに〇をして、①②の書類を提出してください。
（注：過去に提出された方も、原則として毎回の添付をお願いしています）

	① 基本研修免除のための根拠書類（写）	② 本人確認書類として、いずれか１点（写）
A	登録研修機関発行 第三号研修（特定の者）**基本研修修了証** （実地研修の終了は問いません）	☐ 戸籍謄本（抄本）☐ 運転免許証　☐ 住民票 ☐ マイナンバーカード（顔写真の面のみ） ☐ パスポート　☐ 年金手帳　　☐ 在留カード ☐ 介護福祉士等 国家資格証明書（免許証又は登録証） ※健康保険証（健康保険資格確認書）は、現在本人確認書類として使用できません。
B	登録研修機関発行 重度訪問介護従業者 **統合課程 修了証** 又は携帯用カード	
C	都道府県発行　**認定特定行為業務従事者認定証**（経過措置対象者を含む）　※②の本人確認書類は不要 証書の 受講者氏名等の個人情報欄、認められた行為の記載面をコピーして提出してください。	

（５）実地研修を実施予定の利用者の状況

No	利用者の氏名	人工呼吸器装着		本研修で実施予定の利用者に必要な行為（〇をつけて下さい）					備考
				たんの吸引			経管栄養		
1	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻経管	
2	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻経管	
3	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻経管	
4	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻経管	
5	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	有	無	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう・腸ろう	経鼻経管	

※ご利用者様が５名以上の場合は、当様式を必要部数印刷してご使用下さい。

添付書類が不鮮明の場合、メールによる画像提出（写メ）をお願いすることがあります。
提出先：　sakura.nkc@gmail.com

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大１年間保管し、本会で責任をもって処分させて頂きます。

※有効期限　記入日付より３カ月

様式２

（指導看護師派遣事業所記入）

令和８年度 介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）

指導看護師等の派遣「承諾書」

当事業所は、（乙）の介護職員等がNPO法人ALS/MNDｻﾎﾟｰﾄｾﾝﾀｰさくら会（以下「さくら会」という。）」が実施する標記研修において、下記「誓約書」に基づき実地研修を行う際に、指定の研修を修了した指導看護師等を派遣し、実地研修の指導及び評価（評価票等作成含む）を行うことを承諾します。

令和　　年　　月　　日

法人名・事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（甲）事業所代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

事業所住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ご担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

指導者養成研修申込み込の要・不要　(○をつけてください)・・・　必要　・　不要

⇒「必要」を選択された場合は、 指導者養成研修申込書 様式２－１ を提出してください

（研修申込事業所等記入）

令和８年度 介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）

指導看護師等の派遣依頼に伴う「誓約書」

当事業所は、標記研修に係る実地研修において、実地研修の指導及び評価を、貴事業所(甲)へお願いするにあたり、以下のことをお約束します。

１　実地研修受講者は標記研修の受講が決定した介護職員等です。
２　本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にたんの吸引等をより適切に実施するために、受講するものです。
３　本研修の受講申込み及び研修結果の報告においては、協力指導看護師派遣事業所名を特定しなければならないので東京都に報告しますが、それ以外は事業所名が分かることは記載しません。
４　実地研修中はもちろん、研修後においても、貴事業所が不利益になることはいたしません。

なお、実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況をさくら会に報告頂くこと、及びさくら会では、実地研修において一切の責任を負わない旨のご了承をお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

法人名・事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（乙）事業所代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

注1　甲（コピー）乙（コピー）ともに１通を保管する。押印した本紙原本を乙よりさくら会に送付してください。

注2　謝金について　本会より指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に従ってお支払ください。

✉mail

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大１年間保管し、本会で責任をもって処分させて頂きます。

提出先：03-5937-1371（FAX）/ sakura.nkc@gmail.com
（看護師等に指導資格の受講が必要ない場合は提出不要です）

様式２-1

介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修（特定の者対象）

指導者養成研修　申込書

NPO 法人 ALS／MND サポートセンターさくら会 御中

標記研修の受講を下記のとおり申込みます。

申込日	令和　　年　　月　　日	ご担当者名	
事業所名※1 （訪問看護事業所等）		TEL	
		FAX	
事業所住所 （教材パスワード発送先）	〒　　－		
申込事由 （記入必須）	□ 現在、資格者（指導看護師等）が一人もいないため → 指導者養成研修を修了し、１人以上の資格者を確認するまで、さくら会は指導予定者（介護事業所等）に対する受講決定処理を中断します。（実地研修保留） □ 資格者（指導看護師等）はいるが、増員の目的による → 資格者により実地研修の指導評価が可能なので、さくら会は書類確認をしたうえで指導予定者（介護事業所等）に受講決定を行います。（適時、実地研修可能）		

受講者氏名（看護師等）	事務局記入欄（受信日）		受講者氏名（看護師等）	事務局記入欄（受信日）	
①		／	④		／
②		／	⑤		／
③		／	⑥		／

指導予定 ※2 介護事業所名	※評価予定の介護職員等が所属する介護事業所名（本会に第三号研修（特定の者）の申込みをしていること（又は予定）） 担当者名：　　TEL：
事務手数料 ご請求先	□ 介護事業所　　□ 訪問看護事業所等

お申込み後のながれ

申込書（本紙）提出 → 本会より教材 URL の送付、ご請求書の送付 →
→ 各自教材動画視聴 → アンケートフォーム記入・送信 → 事務局にて登録・修了証送付

・事務手数料のご確認ができない場合、修了証を発行することができません。ご注意ください。
・関係書類及び修了証は、受講者（看護師等）が所属する事業所様宛に発送いたします。
・太枠線内 ※1、※2 が同一事業所である場合、看護師免状等をあわせてご提出ください。
（例：介護事業所所属の看護師が受講するなど）

※注意事項（必ずお読みください）

・本会で第三号研修（特定の者）を受講している介護事業所等職員の実地研修の評価を行うことを申込み要件とします。
・1 回のお申込み（本紙提出）に対し、￥1,000/人 の「事務手数料」を申し受けます。
・本申込書の有効期限は原則として「申込日」より 2 か月間です。期限内に受講を終了されなかった方につきましては、自動的に失効となりますのでご了承ください。
・本申込書を提出後、受講予定者に変更やｷｬﾝｾﾙが生じた場合には、研修ｾﾝﾀｰまでご連絡下さい。
有効期限内に限り、受講者の変更等をお受けいたします。（注：理由を問わず、返金は致しかねます）
・本申込書は、本会に提出後も控えとして保管してください。

✉mail☛

【ご連絡・お問合せ先】TEL 03-5937-1370（さくら会 研修センター）

※有効期限 記入日付より３カ月　※提出済の同意書への加筆不可

様式３

（利用者記入）

令和８年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
（特定の者対象研修）実地研修「同意書」

私は、①＿＿＿＿＿＿　②＿＿＿＿＿＿　③＿＿＿＿＿＿　④＿＿＿＿＿＿

⑤＿＿＿＿＿＿さんが、標記研修の実地研修として下記の「誓約書」に基づき、指導看護師等の指導のもと、必要な実習を行うことを承諾し、協力します。

令和　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ご利用者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※利用者の意思が確認できない場合等は、ご家族等が「ご利用者の氏名と住所」を代筆、捺印して下さい。

令和８年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
（特定の者対象）実地研修「誓約書」

私は、標記研修の実地研修におけるたんの吸引等の実習を、＿＿＿＿＿＿さんにお願いするにあたり、以下のことをお約束します。
（ご利用者名）

1　本研修は、私が今後あなた様にたんの吸引等のケアをより安全に提供するために行うものです。

2　実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況を所属事業所に報告いたします。

3　本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、個人を特定しなければならないので、あなた様の氏名を東京都に報告しますが、それ以外は個人名が分かることは記載しません。

4　実地研修中はもちろん、研修後においても、あなた様に不利益となることはいたしません。

令和　　年　　月　　日

所属事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名①＿＿＿＿＿＿㊞　②＿＿＿＿＿＿㊞　③＿＿＿＿＿＿㊞

氏名④＿＿＿＿＿＿㊞　⑤＿＿＿＿＿＿㊞

※利用者、受講者、さくら会ともに各１通を保管する。
（受講者は２枚コピーし、原本を利用者に渡し、１通はさくら会へ提出し、１通は受講者が保管する）

※押印・署名等不鮮明の場合、メールによる画像提出（写メ）をお願いすることがあります。
提出先：　sakura.nkc@gmail.com

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大１年間保管し、本会で責任をもって処分させて頂きます。