**参　加　申　込　書**

**令和７年度重度障がい児者に対する喀痰吸引等特定行為実施人材育成研修**

ＦＡＸ：058-278-2871 　　　メール：[fujieda-maki@pref.gifu.lg.jp](mailto:fujieda-maki@pref.gifu.lg.jp)

郵　送：〒５００－８５７０　岐阜市薮田南２－１－１

岐阜県医療福祉連携推進課障がい児者医療推進係　藤枝　宛

**申込み期限：令和７年６月１３日（金）必着**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込所属  (施設名など) |  | | | | | | | | | | | | |
| 担当者  連絡先 | （住所）〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | | | | ＦＡＸ |  | | | | |
| メールアドレス（今後のご連絡等を電子メールでお送りしたいと思いますので、メールアドレスの記入をお願いします） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日  ( 歳) | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | 住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | |
| ＴＥＬ | －　　　　　　－ | | | | | | | |
| 医療的ケアを実施する特定の者の有無(予定を含む) 　　　有　・　無 | | | | | | 介護経験年数　　　　年 | | | | | |  | |
| ※医療的ケアを実施する特定の者がいない場合、本研修の対象外となります。 | | | | | |
| 資格取得状況について（該当するものに○をつけてください）  ・介護福祉士　・介護職員基礎研修修了 ・社会福祉士 ・介護支援専門員　ヘルパー1級課程修了 ・ヘルパー2級課程修了 ・保育士　・その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 受講希望（第２希望まで記載可。確実に受講可能な回のみ記載をお願いします。）  ○第１希望　（　　　月　　　日　　　～　　　日　　　　　　　　会場） | | | | | | | | | | 同一事業所内での優先順位  　　　　　（　　　　　　位） | | | |
| ○第２希望　（　　　月　　　日　　　～　　　日　　　　　　　　会場） | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | | | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日  ( 歳) | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 住所 | | | 〒　　　－ | | | | | | |
| ＴＥＬ | | | －　　　　　　－ | | | | | | |
| 医療的ケアを実施する特定の者の有無(予定を含む) 　　　有　・　無 | | | | | | | 介護経験年数　　　　年 | | | | | |  |
| 資格取得状況について（該当するものに○をつけてください）  ・介護福祉士　・介護職員基礎研修修了 ・社会福祉士 ・介護支援専門員　ヘルパー1級課程修了 ・ヘルパー2級課程修了 ・保育士　・その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 受講希望（第２希望まで記載可。確実に受講可能な回のみ記載をお願いします。）  ○第１希望　（　　　月　　　日　　　～　　　日　　　　　　　　会場） | | | | | | | | | | | 同一事業所内での優先順位  （　　　　　　位） | | |
| ○第２希望　（　　　月　　　日　　　～　　　日　　　　　　　　会場） | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項 | | 受講決定をした後のキャンセルは、原則認めませんので、確実に受講ができる方のみお申込みください。 | | | | | | | | | | | |

申込方法：上記参加申込書に必要事項を記入し、岐阜県医療福祉連携推進課障がい児者医療推進係藤枝宛に郵送、FAX又はメールにてお申し込みください。なお、定員を超える申し込みがあった場合は、選考を行います。受講の可否については、改めてご連絡します。

**令和８年度**重度障がい児者に対する喀痰吸引等特定行為

実施人材育成研修受講希望に関するアンケート調査

来年度の実施について参考とさせていただきたく、アンケートにご協力いただきますようお願いいたします。なお、来年度の開催回数、受講定員等につきましては、研修継続が確定した後、改めてご案内させていただきます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | |
| 担当者  連絡先 |  | 研修参加申込書 記載内容と同じ（住所・連絡先の記入は不要です） | | | |
| （住所）〒　　　－ | | | | |
|  | | | | |
| TEL | |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス（今後のご連絡等を電子メールでお送りしたいと思いますので、メールアドレスの記入をお願いします） | | | | |
|  | | | | |

1. **令和８年度の受講希望者数を教えてください。**

（令和７年度の申込者は含めないでください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　人

**②実施希望場所を教えてください。**

・岐阜圏域内　・西濃圏域内　・中濃圏域内　・東濃圏域内　・飛騨圏域内

（市町村名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**③実施希望時期をお選びください。**

・４～５月　・６～７月　・８～９月　・１０～１１月　・１２～１月

・２～３月

**④その他、要望等がありましたら、記入をお願いします。**

**ご協力ありがとうございました。**

【提出先】

ＦＡＸ：058-278-2871 　　　メール：[fujieda-maki@pref.gifu.lg.jp](mailto:fujieda-maki@pref.gifu.lg.jp)

郵　送：〒５００－８５７０

岐阜市薮田南２－１－１　岐阜県医療福祉連携推進課障がい児者医療推進係　藤枝　宛