2026年度　実務者研修修了者向け補講　カリキュラム

下記、全課程を修了した後、「演習修了証明書」を交付いたします。
また、当該講座は助成金の対象となる可能性がございます。

回数及び時間	内　　容
1日目 9:00～17:00　(7H)	・ オリエンテーション　(10分) ・ 筆記試験(30問　四肢択一) ・ 医療的ケアに関する基礎知識・制度論の再確認 ・ 演習の手順に関する再確認(理解度の確認・チェック)
2日目 9:00～17:00　(7H)	・ 演習のデモ ・ 書式の説明及び記載方法 ・ 救急蘇生
3日目(A又はB) 9:00～16:00(6H)	【痰の吸引】 ・ 口腔内　5回以上 ・ 鼻腔内　5回以上 ・ 気管カニューレ内　5回以上 ※　経管栄養をシミュレータを用いて演習し、一人で実施できること
4日目(A又はB) 9:00～16:00　(6H)	【経管栄養】 ・ 胃ろう又は腸ろう　5回以上 ・ 経鼻経管　5回以上 ※　経管栄養をシミュレータを用いて演習し、一人で実施できること

※定員に満たない場合は開講を中止する場合がございます。

開講月 / 回数	6月開講	10月開講	2027年2月開講
1	6月18日 (木)	10月22日 (木)	2月18日 (木)
2	6月25日 (木)	10月29日 (木)	2月25日 (木)
3	7月2日 (木)	11月5日 (木)	3月4日 (木)
4	7月9日 (木)	11月12日 (木)	3月11日 (木)

ヒューマンケアスクール大分

実務者研修修了者向け補講　受講申込書

郵送またはFAX（097－529－7276）

事業所ご担当者欄	施設名			
	所在地	〒　　－		
	部署・役職名			
	電話		FAX	
	指導看護師名			

研修受講者欄	フリガナ		性別	男　・　女
	氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	住　所	〒　　－　　※修了証明書発行のため住民票の住所をご記入下さい		
	電話番号		携帯番号	
	資格の所持	・実務者研修　修了　（　　年　　月　修了）**修了証の写しを必ず添付**		

認定状況	□　現在、特定認定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けている □　特定　（対象行為：　　） □　不特定　（対象行為：　　） □　現在、特定認定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けていない
利用者の状況	現在の職場での下記の特定行為が必要か、利用者数も併せて記載ください。 □　口腔内の喀痰吸引（利用者数：　　名　、人工呼吸器装着：　　名） □　鼻腔内の喀痰吸引（利用者数：　　名　、人工呼吸器装着：　　名） □　気管カニューレ内部の喀痰吸引（利用者数：　　名　、人工呼吸器装着　　名） □　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数：　　名） □　経鼻経管栄養（利用者数：　　名）
実地研修実施可否	実地研修については、原則として受講者の職場での実施を予定しております □　職場での実地研修の実施が可能である □　職場外での実地研修の実施協力を取り付けている □　実地研修の実施が困難である □　職員以外の実地研修の受入れが可能である □　登録喀痰吸引事業者（登録特定行為事業者）である。

【実務者研修修了者向け補講　お申込内容】　　（　　）月生希望

□	確認試験・デモ＋演習	￥43，000－ （税込、テキスト代、1年間の損害賠償保険加入含む）

※　平成28年2月改訂