

# 「医療的ケア教員講習会」

お申込は  
先着順！

介護労働安定センターで実施する実務者研修の「医療的ケア」は全日程、講師による講義と演習（スクーリング）で行います。

“医療”“命”に関わる大事な分野となり、直接講師から学ぶことで知識と技術を確実に身につけることができます。

**ポイント!!**

★1日7時間の講習で医療的ケア教員免許を取得できます。

★介護福祉士養成校や実務者研修の「医療的ケア」の講師が  
できます。



講習日程	第1回 令和元年 6月15日(土) 第2回 令和元年 9月14日(土) 第3回 令和元年 11月23日(土)	第1・2・3回 ＜時 間＞ 9:00 ～ 18:00	
講習内容	科目	時間	
	制度の概要	介護職員等による医療的ケアの実施に関する制度の概要について	1
	医療的ケアの基礎	感染予防安全管理体制等の基礎的知識について	1
	喀痰吸引	喀痰吸引の基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法について	1
	経管栄養	経管栄養の基礎的知識、実施手順及び指導・評価方法について	1
	演習	喀痰吸引及び経管栄養の演習に係る指導・評価方法について	3
定 員	各 15 名	※定員になり次第、募集終了となります。	
費 用	18,024円(税込み)	【内訳】受講料15,000円、テキスト代 合計3,024円(中央法規出版) 使用テキスト:改訂「喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」2,160円 使用テキスト:改訂「喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」(指導者用)864円	
受講対象者	医師、保健師、助産師または看護師の資格を取得した後、5年以上の実務経験を有する者であり、実務者研修において「医療的ケア」の科目を教授する者または教授予定の者 ※資格証(写)の提出が必要です。		
会 場	アイテムえひめ 【住所】愛媛県松山市大可賀2丁目1番28号 【最寄り駅】伊予鉄バス アイテムえひめ前下車 徒歩1分		
問い合わせ先	(公財)介護労働安定センター 愛媛支部 住所:愛媛県松山市一番町1丁目14番10号 井手ビル4階 電話:089-921-1461 IP:050-3538-7257		



## 申込方法

看護師としての実務経験5年以上お持ちの方や現在介護事業所にお勤めの看護師で、指導看護師を目指す看護師の方は、医療的ケア教員講習会を修了することをおすすめします！

(裏面)【別紙】受講を希望される皆様へ の手順に従って

「受講申込書」に必要事項をご記入いただき、郵送でお申込ください。

ホームページ <http://www.kaigo-center.or.jp/>

⇒ 『受講申請書』、【開催要綱】、「申込方法」のダウンロードが可能です。

**【別紙】受講を希望される皆さまへ ※お申込前に下記の内容をご確認下さい**

- チラシ・ホームページより『受講申込書』をコピー又はダウンロードして必要事項をご記入いただき、当センター宛にご郵送下さい。

**【手順1】受講申込書に必要事項をご記入の上、資格証(写)と共に郵送する。**

(郵送先) 〒790-0001

松山市一番町1丁目14番10号 井手ビル4階

公益財団法人 介護労働安定センター 愛媛支部

受講申込書到着後、センターより確認の電話をします。ご連絡の際に、**受付番号**をお知らせします。

**【手順2】受講料を振込む。**

お電話で受講が可能であることを確認されましたら、下記の口座へお振込みください。

**お振込み額 18,024 円(消費税込)**

内訳：受講料 15,000円(消費税込)

：テキスト代 3,024円(消費税込)

改訂 「喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」(中央法規出版) 2,160円

改訂 「喀痰吸引・経管栄養研修テキスト指導者用」(中央法規出版) 864円

◆取引銀行 伊予 銀行 愛媛県庁 支店

◆口座番号 (普) 1596247

◆口座名義 公益財団法人 介護労働安定センター 愛媛支部

\*お振込み人名には**受付番号**、**受講者名**のご記入をお願いします。

◆◆ **留意事項** ◆◆

- ①振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- ②振込の控え(銀行の振込票等)をもって領収書に代えさせていただきます。
- ③講習をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡ください。
- ④お振込みいただいた受講料は、開講決定(講習開講日から起算して、14日前(※当該日が土・日・祝日の場合はその前日)以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承下さい。

**【手順3】受付完了です。**

- ① 振込みいただいた時点で、「受講申込」が完了となります。
- ② 振込確認後、一週間程度のうちに原則としてFAXにて当センターから『入金確認書』をお送りします。
- ③ 講習開始日の14日前頃に『受講決定通知書』をお送りいたします。
- ④ 本講習が定員(15人)に満たない場合等、当センターの都合で講習を中止する場合は、電話等でご本人にご連絡の上、お振込金額を返還いたします。  
(この場合の振込手数料は当センターが負担します)

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません

**公益財団法人 介護労働安定センター 愛媛支部**

**〒790-0001 愛媛県松山市一番町1丁目14番10号 井手ビル4階**

**電話:089-921-1461 IP:050-3538-7257**

# FAX送信 089-921-1477

(別紙様式)

## 医療的ケア教員講習会受講申込書

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

(ふりがな) 氏名	( )	性別	男・女	生年月日 年齢	年 月 日
自宅住所	〒				
	TEL		FAX		
	メールアドレス				
保有資格		取得年月日	昭和 平成	年 月 日	
資格取得後の 実務経験	年 月	その他の資格			
勤務されて いる方	(勤務先名)	(住所) 〒	TEL/FAX - -		

標記講習の受講申し込みをいたします。

公益財団法人介護労働安定センター愛媛支部

支部長 木藤 環 殿

受講者氏名

印