

スクーリングが2日間で修了します！

広島県知事指定

【外国人職員様も、安心して受講できます。】

## 福山会場

# 喀痰吸引等研修

(第一号研修・第二号研修)

① 座学研修 50時間

(1日目～8日目まで)

通信で受講可能に

② スクーリング 10日間

→ スクーリングが2日間に

(9日目・10日目)

基本研修

自宅学習

オンライン(動画)で学習し、  
課題を提出して頂きます。

基本研修

通学(スクーリング)

9日目・10日目、2日間  
で修了です。

実地研修

実地研修は、受講生  
各自の勤務先法人施  
設・事業所にて実施し  
て頂きます。

「介護福祉士実務者研修」修了者は、

基本研修が免除されます。

(「実地研修」ご希望の方は、(0866)56-3388まで、ご連絡ください。)

### 基本研修 (日程・カリキュラム)

#### 日程 (令和2026年)

| 研修<br>開始日       | ① コース                       | ② コース      | 科目又は行為                                      |
|-----------------|-----------------------------|------------|---------------------------------------------|
|                 | 2026年1月5日                   | 2026年2月1日  |                                             |
| 1日目<br>～<br>8日目 | 自宅学習      オンライン（動画）研修＆課題の提出 |            |                                             |
| 9日目             | スクーリング： 2026年3月23日（月曜日）     |            | *高齢者及び障害児・者の経営栄養実施手順解説<br>*筆記試験      *救急蘇生法 |
| 10日目            | スクーリング： 2026年3月30日（月曜日）     |            | シミュレーター演習                                   |
| 応募締切日           | 2025年12月21日                 | 2026年1月20日 |                                             |

【オプション演習】 (「基本研修」修了者)  
「人工呼吸器装着者」用 演習 (別途 税込22,000円/人)

【スクーリング会場】

備後地域地場産業振興センター  
福山市東深津町3丁目2-13

【定員】

各コース  
10名

【受講料】 85,000円

(テキスト代・消費税込)

《さらに、グループ(5名以上)でお申し込みの場合》  
80,000円/人

お申し込み  
お問合せは

**(0866)56-3388**



株式会社 アンビシャス

ケアメディカル 事業部

広島県登録番号 3410038

HP

ケアメディカル高梁

検索



〒716-0005 岡山県高梁市川端町5-2

TEL(0866)56-3388/FAX (0866)56-3667

# 「喀痰吸引等研修」(通信)講座

## 受講申込書

|                                  |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 申込日： 令和      年      月      日     |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| 福 山 会 場                          |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| フリガナ                             |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名                              | 印                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| 生年月日                             | 昭和 ・ 平成      年      月      日                                                                     | 年齢                                                                                                                                                                                                                           | 歳  |       |
| 住 所                              | 〒      ー                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| TEL (自宅)                         |                                                                                                  | 携 帯                                                                                                                                                                                                                          |    |       |
| 就業施設名                            |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| 施設住所                             | 〒      ー                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| お持ちの資格<br>実務経験                   | 資格 (      )<br>介護実務経験 (      年      ヶ月勤務)                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| コース選択                            | 《ご希望のコースに☑してください》<br><input type="checkbox"/> ① コース (1月5日) <input type="checkbox"/> ② コース (2月1日) |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |
| オプション演習<br>(ご希望の方は、☑<br>してください。) | <input type="checkbox"/>                                                                         | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 口腔内吸引 (人工呼吸器装着者；非侵襲的人工呼吸療法)<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引 鼻腔内吸引 (人工呼吸器装着者；非侵襲的人工呼吸療法)<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引 気管カニューレ内部吸引 (人工呼吸器装着者；侵襲的人工呼吸療法)<br>上記3種類を実施します。(実施日・会場は、別に設定いたします。) |    |       |
| 当社記入欄                            | 受付日                                                                                              | 1                                                                                                                                                                                                                            | 2  | 備考    |
|                                  |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |    |       |

\* 個人情報は本セミナー以外の目的に使用致しません。ご提供頂きました個人情報は、弊社個人情報保護方針に従い、  
厳重に管理致します。

\* 複数の場合は、コピーしてご利用ください。

FAX : (0866) 56-3667



株式会社 アンビシャス  
ケアメディカル 事業部

