

旭川荘厚生専門学院の

喀痰吸引等研修

2026
年度

第1号・第2号研修における「基本研修」

目的 特別養護老人ホーム等でたん吸引や経管栄養を行うことができる介護職員等を養成する。

対象者 ・申込時に「実地研修」実施施設を各自で確保できる者(申込書下段の受入承諾書に記入)
・基本研修修了後半年を目途に実地研修を修了できる見込みである者

開講日程 2026年 7月8日(水)～10月21日(水)【8日間】 すべて水曜日

* 基本研修8日間を全て受けてください。

基本研修								実地研修
講義							演習	各自受入先を確保し、基本研修修了後に開始できるようにしてください。
1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	
9:00 -17:55	9:00 -17:20	9:00 -18:00	9:00 -18:00	9:00 -17:30	9:00 -18:10	9:00 -17:10	9:00 -18:00	
2026年 (令和8年) 7/8 (水)	7/22 (水)	8/5 (水)	8/19 (水)	9/2 (水)	9/16 (水)	10/14 (水)	10/21 (水)	

※終了時刻が延長される場合があります。

会場 旭川荘厚生専門学院 吉井川キャンパス 〒704-8126 岡山市東区西大寺浜610

募集定員 30名 ※先着順

応募締切 2026年 7月 1日(水)

受講料 ◆一般; 85,000円
◆本学院卒業生・本学院実習施設職員・旭川荘職員等; 65,000円
上記受講料とは別にテキスト代2,420円がかかります。

助成金制度・補助事業

条件により活用できる受講料等の助成金制度・補助事業があります。
※労働局・岡山県障害福祉課までお問い合わせください。

申込方法 右の申込書(切り取る)にご記入のうえ、確保した「実地研修」施設の受入承諾書に押印後、郵送でお申し込みください。

「医療的ケア」を修了している方

養成校等で医療的ケアを修了している方は「基本研修免除(実地研修のみ)」の欄を含め、すべて記入して郵送でお申し込みください。実地研修のみのご案内をさせていただきます。(随時受け付けています)

注意事項 「実地研修」施設は、国または県等による「喀痰吸引指導者研修」または「医療的ケア教員講習会」修了者(医師又は看護師等)を配置している必要があります。

お申し込み & お問い合わせ先



学校法人 旭川荘

岡山県認可登録番号3310034

旭川荘厚生専門学院 吉井川キャンパス

〒704-8126 岡山県岡山市東区西大寺浜610 Tel:086-944-6911 Fax:086-944-6922

ホームページ <https://asahigawasou.ac.jp/gakuin/> ✉ yoshiigawa@asahigawasou.or.jp

喀痰吸引等研修 受講申込書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな		男・女		生年月日・年齢			
氏名		S・H		年 月 日生		() 歳	
受講区分 1	☐ 第1号研修 (右記5つの行為すべて) ☐ 第2号研修 (右記希望する行為に4つまで☑)			☐ ①口腔内の喀痰吸引 ☐ ②鼻腔内の喀痰吸引 ☐ ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ☐ ⑤経鼻経管栄養			
受講区分 2	☐ 一般	☐ 学院卒業生(年卒) ☐ 「介護実習」実習先職員 ☐ 旭川荘職員(敬老園以外)					
受講区分 3	☐ 基本研修【8日間】			☐ 基本研修免除(実地研修のみ)			
連絡先	自宅住所	〒 (番地、マンション名等も正確に記入してください)					
	自宅電話			携帯電話			
勤務先	法人名						
	施設名						
	所在地	〒					
	TEL			FAX			
勤務先(事業種別) 該当するものに○		① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ グループホーム ④ 障害者支援施設 ⑤ 生活介護事業所 ⑥ 短期入所事業所 ⑦ 福祉型障害児入所施設 ⑧ 障害児通所支援事業所 ⑨ その他 ()					
実務経験年数		() 年 () カ月		※申込時点での年数			
(実地基本研修の免除)	※基本研修の免除を申請する場合はご記入ください。別途『基本研修免除申請書』をお送りします。 手数料は3万円(修了証明書発行手数料2万円+読替手数料1万円)です。 (受講した教育機関が本学院の方は修了証明書発行手数料2万円のみです)						
	教育機関名		☐ 旭川荘厚生専門学院 ☐ その他()				
	講座名		☐ 実務者研修 ☐ 養成校 ☐ その他()				
	「医療的ケア」 受講日	講義	年 月 日 ~		年 月 日		
		演習	年 月 日 ~		年 月 日		
		>>>養成校を卒業した場合は、入学日~卒業日を記入してください					
受 入 承 諾 書							
本施設には、「国又は県等による喀痰吸引等指導者研修」または「医療的ケア教員講習会」を修了している者(医師又は看護師等)がおります。よって、募集要項の内容を確認し、上記の者を「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修事業(不特定多数の者対象：第1号及び第2号研修)」の受講者として受け入れいたします。							
実地研修 実施施設	法人名	印					
	施設名						
	法人代表者名						
	所在地	〒					
	TEL	事務担当者氏名：					
	実地研修指導担当者				本学使用欄	契約有()無	