

平成29年度第2回 喀痰吸引等研修受講申込書
「不特定多数の者対象(第2号研修)」

平成 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日〔和暦〕 (年齢)	
氏名			昭 平	年 月 日 () 歳	
連絡先	自宅電話				
	携帯電話				
	メールアドレス				
現在の勤務先	法人名			施設名	
	所在地：〒				
	TEL			FAX	
現在の勤務先 (事業種別) 該当するものに○	<p>1. 高齢者施設等 (1) 特別養護老人ホーム (2) 介護老人保健施設 (3) 特定施設入居者生活介護 (養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅) (4) 認知症高齢者グループホーム (5) その他()</p> <p>2. 障害者児施設等 (1) 障害者支援施設 (2) 生活介護 (3) 短期入所 (4) 福祉型障害児入所施設 (5) 障害児通所支援 (6) その他()</p>				
自施設で実施 予定の現地研 修の行為 実施する行為に○	口腔内の喀痰吸引 (通常手順)				
	鼻腔内の喀痰吸引 (通常手順)				
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				
指導看護師の 状況	講習会受講済 の看護師がい る場合その氏 名・受講済講座 (3名まで)	氏名	受講済の講座(受講年度、修了証書番号、受講機関、講座)		
			平成 年度・修了証書番号() 〔機関名: 〕 〔講座名: 〕		
			平成 年度・修了証書番号() 〔機関名: 〕 〔講座名: 〕		
			平成 年度・修了証書番号() 〔機関名: 〕 〔講座名: 〕		

〈裏面にも記載し、注意事項も必ずお読みください。〉

介護職員（受講申込者含む）が医療的ケアの実施を担当する（又は想定する）人の数（申込日現在）（注1）	①たんの吸引（常時必要な方）	実	人	[合計] 実人数 人
	②経管栄養	実	人	
保有資格・免許	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修課程修了者 3. 介護職員初任者研修修了者 4. (訪問)介護員養成研修_____級課程修了者 5. その他（ _____ ） 6. 資格なし ※ 医療・教育・福祉系の資格を記入			
	免許の名称： 取得年月日：[和暦] _____ 年 _____ 月 _____ 日		免許番号：	
経験年数(注2)	実務経験年数(他施設等での年数を含む)（ _____ ）年（ _____ ）か月			

推薦書・誓約書	
<p>募集要項及び注意事項を確認し、上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象研修）」の受講者として推薦します。</p> <p>なお、当施設で実地研修を実施する際には、所定の講習会した受講した看護師に指導させることを誓約します。</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>福井勝山総合病院附属介護老人保健施設 様</p> <p style="text-align: center;">事業所名 _____</p> <p style="text-align: center;">管理者氏名 _____ 印 _____</p>	
同一施設等で、複数名の受講を申込みされている場合は、事業所内での優先順位（該当する場合は必ず記入）	_____ 名中 _____ 第 _____ 位

＜注意事項＞

※ できるだけ両面コピーし、記入・押印もれが無いか確認のうえ提出してください。

注1 「介護職員（受講申込者含む）が医療的ケアの実施を担当する（又は想定する）人の数（申込日現在）」欄の記載方法

申込日現在での、医療的ケアの実施予定人数（実人数）を記入してください。

（例）Aさんに口腔内の喀痰吸引と鼻腔内の喀痰吸引、Bさんに鼻腔内の喀痰吸引と胃ろうによる経管栄養を行う場合

実人数（喀痰吸引：2人）＋（経管栄養：1人）＝ 合計2人

注2 経験年数は、過去に勤務した施設等で介護職員等として従事した年数を合算して記入してください。