

喀痰吸引等研修受講申込書

令和 年 月 日

申込コース	<input type="checkbox"/> ①基本研修+実施研修（講義・演習） <input type="checkbox"/> ②実施研修のみ <input type="checkbox"/> ③その他（ ）	顔写真貼付欄 <small>（顔が明確に識別でき、サイズ4×3以上） ※写真裏面に氏名を記入して貼付してください。</small>
(フリガナ)		
氏名		
性別	男 ・ 女	
生年月日・年齢	(昭和・平成) 年 月 日生 () 歳	
自宅住所	〒 (電話番号) (携帯電話番号)	
勤務先名	(電話番号) (メール)	
研修課程の一部免除該当の有無 <small>※一部免除の対象者については、募集案内をご覧ください。</small>	有 ・ 無	
自己施設での実地研修実施の可否	可能 ・ 不可能	
サービスの種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 他()	
研修終了状況	有・無 介護福祉士実務者研修① 有・無 介護福祉士実務者研修② 有・無 14時間研修	実務者研修の医療的ケア(50時間)を全て通信で受講した方。 実務者研修の医療的ケア(50時間)の科目7「高齢者及び障がい児・者の喀痰吸引実施手順解説」、科目9「高齢者及び障がい児・者の喀痰吸引実施手順解説」を共に含む科目をスクーリングで受講した方。 特別養護老人ホームに於ける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等をおこなっていた方。
利用者の状況	現在の職場で下記の特定期間が必要か、利用者数も併せて記載ください。 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養（利用者数： 名） <input type="checkbox"/> 対象者がいない	
職場内の実地研修体制について	現在の職場の実地研修体制についてご回答ください。 <input type="checkbox"/> 医師又は看護師（准看護師を除く）又は助産師がいる。 <input type="checkbox"/> 体制がない <input type="checkbox"/> 職場で対象利用者への実地研修の実施が可能である。 <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）である。 <input type="checkbox"/> 登録事業者でない場合、本事業を経て、登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）になる予定である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
※事務局記入欄（以下は記入しないでください。）		
判定	可 ・ 不可	
	受付日	令和 年 月 日
	理事長	事務局長
	管理者	総務
	事務局	