

《平成29年度 神奈川県 たんの吸引等に係る介護職員等研修 一部履修免除コース受講申込書》

※ □ には、該当するものに「✓」を入れてください

申込者	氏名	生年月日	介護従事経験
	(ふりがな)	S・H 年 月 日	年 か月
		性別	保有資格
		男 ・ 女	
受講優先順位 () ※同事業所より複数申し込みの場合、上記()欄へ優先順位をご記入ください。			
所属施設	法人名	施設・事業所名	
	施設・事業所所在地 (〒 -)		
	担当者名	電話番号	FAX
	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"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能ホーム <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
実地研修実施可否	①実地研修は職場でできますか？(実地研修は原則として受講者の職場での実施を予定しております)		
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修の実施ができる。 <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。 <div style="text-align: right;">実地研修指導者氏名 ()他 名</div> <input type="checkbox"/> 上記指導者は、医療的ケア教員講習会等の指導者講習を修了している		
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修はできない。ただし、協力先施設等で実地研修の実施協力を取り付けている。 <div style="text-align: right;">協力先名 ()</div> ※○をつけてください 実地研修可能行為 <input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内・胃ろう・経鼻経管		
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修はできない。協力先施設等もない。		
	②登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)ですか？		
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → <input type="checkbox"/> 登録事業者ではないが、本事業を経て事業者登録を予定している。 <input type="checkbox"/> 特に登録事業者になる予定はない。		
希望の研修及び利用者の状況	③希望の行為 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
	④現在の職場でどの特定行為が必要か、利用者数も併せて記載してください。		
	行為の種類(喀痰吸引)	利用者数	うち、人工呼吸器装着者
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	名	名
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	名	名
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	名	名
行為の種類(経管栄養)	利用者数	うち、半固形栄養剤	
<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	名	名	
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	名		
認定状況	⑤現在、あなたは認定特定行為業務従事者の認定を受けていますか？		
	<input type="checkbox"/> 特定 (対象行為:) <input type="checkbox"/> 不特定 (対象行為:)		
	⑥職場に認定特定行為業務従事者はいますか？		
	<input type="checkbox"/> はい (名) <input type="checkbox"/> いいえ		
履修免除	⑦研修の一部(実地研修のうちの「口腔内の喀痰吸引」)履修免除		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
オプション研修	⑧人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引及び半固形栄養剤を用いた経管栄養について受講を希望される場合は、申込書のオプション研修欄にご記載ください。 ※日程は当社で振分を行いますので、ご了承ください。		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器に対する喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 半固形栄養剤を用いた経管栄養		

上記の者について、平成29年度たんの吸引等に係る介護職員等研修の受講を申し込みます。

※捺印は法人印(角印)にてお願いします

平成29年 月 日

施設・事業所責任者氏名

