

【喀痰吸引等研修(特定の者対象)】

ファミリー エデュケーション
基本研修・実地研修受講申込書

令和 年 月 日

受講者^{ふりがな}氏名 _____

私は、貴研修機関にて実施する標記研修の受講を、以下の内容で申し込みます。

受講申込者調査			
生年月日等	(西暦) 年 月 日(歳)	男 ・ 女	
連絡先	〒 _____		
	TEL		
現在の勤務先	事業所名		
	〒 _____		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 該当に○	1. 訪問介護 2. 居宅介護 3. 重度訪問介護 4. その他 ()		
保有資格	1. 介護福祉士 2. 初任者研修 3. (訪問) 介護員養成研修 ____ 級課程修了者 4. その他 ()		
経験年数	実務経験年数 () 年 () か月		
受講希望期日	令和 年 月 日 (第 回)		
対象者氏名			
利用者又は利用者家族の同意	有 ・ 無		
行為種別 (喀痰吸引)	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> マスク装着者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者		
行為種別 (経管栄養)	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (方法) <input type="checkbox"/> 滴下 <input type="checkbox"/> 半固形 (形状) <input type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
担当医			
訪問看護ステーション名			

裏面にもご記入ください

指導看護師名	
指導看護師保有資格	医療的ケア研修修了 (有 ・ 無)

推薦書	
上記の者を「喀痰吸引等研修(特定の者対象)」の受講者として推薦します。	
令和 年 月 日	
施設名(事業所名)	
管理者名	
医療的ケアを必要とする利用者数 (申込み日現在)	人
同一施設(事業所)で、複数名の受講を申込されている場合は、施設(事業所)内での優先順位を記入	第 位
同一施設(事業所)で、認定特定行為業務従事者認定証(特定の者対象)の交付を受けている介護職員等の人数	人
誓約書	
私は、本研修にて知り得た個人情報等は第三者に漏洩いたしません。	
令和 年 月 日	
受講者氏名	

1. 実地研修の実施に関して

基本研修修了後に実施する現場演習及び実地研修に関して、以下の内容について確認願います。依頼、準備が可能なものに☑を付してください。

☑	用意していただくリスト	内 容
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等の実地研修に協力いただける利用者	当研修を終了した介護職員等にその行為を依頼する予定の方
<input type="checkbox"/>	利用者のかかりつけ医の書面による指示書	かかりつけ医等の医師から指導看護師等に対し、書面による必要な指示があること
<input type="checkbox"/>	利用者又は家族の同意	当研修を終了した介護職員等にその行為を依頼する予定の方及び家族からの同意書
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等実地研修実施計画書	医師の書面による指示をふまえて、利用者の基本情報及び研修で実施する行為の種類、留意点等を記載した計画書