

自立ケアシステム香川 喀痰吸引等研修事業(第3号研修) 受講申込書

研修期間						
介護職員	ふりがな氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	住所			保有資格		
	駐車場の利用	希望 する ・ しない		自動車の種類		
	勤務先	法人名			事業所名	
		事業所住所			施設種別	
		電話番号			FAX番号	
		メールアドレス			事務担当者名	
特定の者(利用者)	ふりがな氏名			住所		
	実施する行為 該当するものに○			口腔内吸引※咽頭の手前まで		
				口腔内吸引(人工呼吸器装着者)※咽頭の手前まで		
				鼻腔内吸引※咽頭の手前まで		
				鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者)※咽頭の手前まで		
				気管カニューレ内吸引※気管カニューレ内部のみ		
				気管カニューレ内吸引(人工呼吸器装着者)※気管カニューレ内部のみ		
				胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)※状態確認は看護職員		
				胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)※状態確認は看護職員		
				経鼻経管栄養※チューブ挿入、状態確認は看護職員		
①利用者本人(またはその家族等)から実地研修の実施について書面による同意は得られますか。					はい ・ いいえ	
②利用者のかかりつけ医等の医師から、利用者に対して上記医療的ケアを行うことの承認は得られますか。					はい ・ いいえ	
③基本研修の免除を希望しますか。 ※免除希望者は、 喀痰吸引等研修(第3号研修)修了証明書を添付すること。					はい ・ いいえ	
実地研修 における 指導者に関すること	ふりがな指導者氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	所属事業所名			事業所住所		
	事業所電話番号			事業所FAX番号		
	メールアドレス			代表者名		
	保有資格	医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 (※准看護師は不可)				
	免許取得年月日			免許番号		
	喀痰吸引等研修事業(第3号研修)の指導者養成事業修了証明書の有無		有 ・ 無	有る場合、知事の修了証明書番号又は厚生労働省受付番号		

(注)受講希望者は、医師・看護師等に指導者となる旨の承諾を得た上で申し込むこと。

※研修受講が決定した介護職員に係る指導者のうち、指導者養成事業修了証明書を有しない者は、指導者養成研修を受講すること。研修日時に関しては、後日連絡します。