

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 記入例

研修期間		第4回 8月10日(火)、12日(木)～10月31日(日)				
介護職員	ふりがな氏名	かがわ けんじろう 香川 県次郎	生年月日	昭和・平成 60年 4月 2日		
	住所	香川県高松市田村町〇〇番地〇	保有資格	介護福祉士		
	駐車場の利用	希望 <input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> しない	自動車の種類	普通自動車(3ナンバー)		
	勤務先	法人名	株式会社	事業所名	ヘルパーステーション香川	
		事業所住所	香川県高松市浜ノ町〇〇	施設種別	居宅介護、重度訪問介護 事業所	
		電話番号	087-888-9999	FAX番号	087-888-0000	
		メールアドレス	hs-kagawa@kg.co.jp	事務担当者名	事務 太郎	
特定の者(利用者)	ふりがな氏名	さぬき にたろう 讃岐 二太郎	住所	香川県高松市林町〇〇〇〇番地〇		
	実施する行為 該当するものに〇	<input type="checkbox"/>	口腔内吸引※咽頭の手前まで	<input type="checkbox"/>	口腔内吸引(人工呼吸器装着者)※咽頭の手前まで	
		<input type="checkbox"/>	鼻腔内吸引※咽頭の手前まで	<input type="checkbox"/>	鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者)※咽頭の手前まで	
		<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内吸引※気管カニューレ内部のみ	<input type="checkbox"/>	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	
		<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	
		<input type="checkbox"/>	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。		<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> 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。		<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	たかまつ はなこ 高松 花子	生年月日	昭和・平成 55年 5月 5日
所属事業所名			訪問看護ステーション かまたま	事業所住所	香川県高松市太田下町〇〇番地〇	
事業所電話番号	087-888-1111		事業所FAX番号	087-888-2222		
メールアドレス	h-kamatama@kg.co.jp		代表者	代表 次郎		
保有資格	医師・ <input checked="" type="radio"/> 看護師 ・保健師 ・助産師 (※准看護師は不可)					
免許取得年月日	平成12年7月1日		免許番号	9999999		
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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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	第 99-99 号		

VOSRRO_001:
セルの右端の[▼]をクリックし研修期間のリストから受講を希望する研修期間を選ぶ

VOSRRO_001:
介護系資格や教員免許、保育士等の資格を記入する

VOSRRO_001:
駐車場利用を「する」に〇をした場合は、セルの右端の[▼]をクリックし使用する自動車の種類を選択する

2014001:
VOSRRO_001:
【障害福祉サービス】
居宅介護、重度訪問介護、生活介護、自立訓練、就労以降支援、就労継続支援(A型・B型)、児童発達支援、放課後等デイサービス、地域活動支援センター事業、共同生活援助、等
【介護保険サービス】
訪問介護、訪問入浴、訪問リハビリテーション、等

2014001:
事務担当者の方と、書類及び連絡のやり取りを行います。

VOSRRO_001:
する、自家用車で参加する者又は、乗り合わせて運転する者は「する」に〇をつける

しない: 公共交通機関を利用して参加する者又は、乗り合わせて同乗する者は「しない」に〇をつける

soudan-2019001:
吸引時に呼吸器を操作する場合は人工呼吸器装着者に〇をし、口腔内、鼻腔内吸引においても人工呼吸器装着者に〇をつける

VOSRRO_001:
はい: 基本研修の免除を希望する場合は「はい」に〇をつける※既に喀痰吸引等研修(第3号研修)を修了している者が対象となる

いいえ: 基本研修の免除を希望しない場合は「いいえ」に〇をつける

2014001:
委託契約書に記入すべき、代表者氏名を記入する

(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。