

喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）受講申込書・調書

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
現住所	〒 — TEL 携帯 TEL		
生年月日	年 月 日 生 () 歳		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	施設所在地 〒 — TEL FAX E-mail		
施設種別 ※該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. グループホーム 4. 訪問介護 5. 特定施設入居者生活介護 6. 障害者施設 7. その他 ()		
保有資格 ※該当するものに○	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 実務者研修修了者 4. 初任者研修修了者 5. ホームヘルパー 級修了者 6. 介護支援専門員 7. その他 ()		
職歴	福祉職場の勤務年数 () 年 () か月		
研修種別 ※印は該当するものに○	<input type="checkbox"/> 1号研修（基本研修＋実地研修5行為）	192,000円	
	<input type="checkbox"/> 2号研修（基本研修＋実地研修下記3行為） 特定行為範囲は・口腔内吸引・鼻腔内吸引・胃ろう腸ろうによる経管栄養	142,000円	
	<input type="checkbox"/> 2号研修（基本研修＋実地研修の特定行為を下記より選択） たんの吸引：※ ・ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部 経管栄養：※ ・ 胃ろう腸ろう ・ 経鼻	90,000円＋ 1科目につき 25,000円＋ 保険料2,000円	
	<input type="checkbox"/> 基本研修＋就業先で実地研修 たんの吸引：※ ・ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部 経管栄養：※ ・ 胃ろう腸ろう ・ 経鼻	102,000円	
	<input type="checkbox"/> 当スクールで実地研修のみ たんの吸引：※ ・ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部 経管栄養：※ ・ 胃ろう腸ろう ・ 経鼻	1科目につき 25,000円＋ 保険料2,000円	
	<input type="checkbox"/> 就業先等で実地研修のみ たんの吸引：※ ・ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部 経管栄養：※ ・ 胃ろう腸ろう ・ 経鼻	32,000円	
医療的ケアが必要な入居者の人数 (申込日時点で) ※該当するものに○	a. たんの吸引（口腔内） 1～3人 ・ 4～6人 ・ 7～9人 ・ 10人以上 b. たんの吸引（鼻腔内） 1～3人 ・ 4～6人 ・ 7～9人 ・ 10人以上 c. たんの吸引（気管カニューレ） 1～3人 ・ 4～6人 ・ 7～9人 ・ 10人以上 d. 経管栄養（胃ろう・腸ろう） 1～3人 ・ 4～6人 ・ 7～9人 ・ 10人以上 e. 経管栄養（経鼻） 1～3人 ・ 4～6人 ・ 7～9人 ・ 10人以上		

① 上記に必要事項を正確に記入し郵送またはFAXにてお申込みください。 FAX：052-961-9901

② 就業先施設で実地研修を希望する方は、受講申込書と合わせて「実地研修に係る確認書」を添付してお申込みください。

③ 免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください。（実務者研修修了証明書等）

実地研修を就業先で希望する場合はこちらにもご記入ください。

実地研修に係る確認書

受講者氏名 _____

次の要件の該当事項に○、非該当事項に×をチェック欄に記入してください。

※喀痰吸引等研修の実地研修を実施するためには次の要件を満たす必要があります。

	要件	チェック欄
1	たんの吸引・経管栄養の対象者が入所又はサービスを利用している	
2	利用者（又は家族）の同意が得られる	
3	施設の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できる	
4	施設内で介護職員を指導する実地研修指導者1名以上の配置が可能である	
5	指導看護師は、喀痰吸引等研修等の指導者講習を受講している、または正看護師として実務経験5年以上を有している	
6	指導看護師が指導者講習を受講していない場合、当スクールの演習指導の見学に参加することができる	
7	医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示を得ることができる	
8	指導看護師は、介護職員によるたんの吸引及び経管栄養の計画書を作成できる	
9	利用者の健康状態について、施設長、医師、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制整備ができています	
10	たんの吸引・経管栄養についての手順書が整備されている	
11	ヒヤリ・ハット事例の蓄積分析など実施体制の評価、検証を行うことができる	
12	施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分注意できる	
13	指導看護師は受講者の評価等を適切に実施し、評価票等必要書類を提出することができる	

上記の記入内容に間違いのないことを証明します。

法人名 _____

事業所名 _____

事業所所在地 _____

電話番号 _____

施設管理者名 _____

印