

令和3年6月開講 喀痰吸引等研修第1・2号研修 (科目免除コース)



★実務者研修修了者を対象に実施致します★

受 講 者 募 集 中

募集期間 4月1日～6月15日

(定員になり次第受付終了、定員に満たない場合、中止することがあります。)

日程：筆記試験 6/29(火)・演習評価 7/8(木)

※(胃ろうの半固形栄養剤使用者は別途研修が必要です。7/9(金)を予定)

会場：北浦和ターミナルビル3階 カルタスホール

【JR北浦和駅東口徒歩2分】

定員：10名(申込受付順)

内容：筆記試験、演習評価に合格後実地研修を行っていただきます。

※自施設等で実施していただきます。

料金：科目免除コース(実務者研修修了者) 30,000円(税込)

胃ろう(半固形栄養剤)コース 10,000円(税込)

※テキスト代別途。2,200円(税込)

「改定介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」
中央法規出版(株)を使用。お持ちの方はご持参ください。

保険：開講日から実地研修修了までセンターが負担いたします。

申込：受講申込書に必要事項を記入し書類と一緒に郵送して下さい。

公益財団法人 介護労働安定センター埼玉支部
さいたま市浦和区東高砂町2-5 NBF浦和ビル4階
電話 048-813-2551 ・ FAX 048-813-2552
<http://www.kaigo-center.or.jp> 担当 栗城



喀痰吸引等研修 受講申込書 (科目免除コース)

FAX 048-813-2552

※該当するところに☑してください

希望内容	<input type="checkbox"/> 第1号研修	<input type="checkbox"/> 第2号研修	<input type="checkbox"/> 胃ろう (半固形栄養剤) コース
ふりがな	生年月日		性別
氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 () 才		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
法人名称	施設事業所名	サービスの種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設・事業所所在地			
介護従事経験年数	年 月	施設等連絡先	(電話) (FAX)
テキスト	<input type="checkbox"/> 注文する ・ <input type="checkbox"/> 注文しない	保有資格	介護福祉士・実務者研修・ヘルパー (1・2級) その他 () ・ なし
I 事業所の状況	貴事業所は、埼玉県に登録特定行為事業者【不特定多数】として登録していますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ↳⇒⇒⇒今後、登録申請をおこなう予定ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
II 受講者の状況	現在、あなたは認定特定行為業務従事者 (経過措置を含む) の認定を受けていますか。 <input type="checkbox"/> はい (受けている) <input type="checkbox"/> いいえ (受けていない) ↳⇒⇒⇒現在、あなたは第2号研修修了日から <u>9か月以上経過</u> していますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ↳※「 喀痰吸引等研修修了証明書 」の写しと「 認定特定行為業務従事者認定証 」の写しを添付して下さい。		
III 利用者の状況	現在の職場で下記の特定期行為の利用者数を記載ください。(いない場合は0とご記入下さい) <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (利用者数: 名、うち人工呼吸器装着: 名) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (利用者数: 名、うち半固形栄養剤: 名) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 (利用者数: 名) ※人工呼吸器装着は別途研修が必要。		
IV 実地研修状況	<input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施 <input type="checkbox"/> 職場以外での実地研修を予定 ※指導をおこなう指導看護師氏名をご記入下さい。 指導看護師氏名 ※「 指導者講習修了証書 」又は「 医療的ケア教員講習会修了証書 」と「 看護師等 」の写しを添付して下さい。		

上記の者が、公益財団法人介護労働安定センター埼玉支部が実施する喀痰吸引等研修に受講することを申込みます。

令和3年 月 日

施設名等

研修責任者氏名

印