

令和4年度介護職員等によるたんの吸引等研修事業

(第一号研修・第二号研修)

受講申込者調書

申込順位		研修の種類		第一号研修・第二号研修			
ふりがな 氏名		性別		男 ・ 女			
		携帯電話					
生年月日・年齢		昭和・平成 年 月 日生 () 歳					
自宅住所		〒					
介護業務 経験年数		昭和・平成 年 月 月 現在 実務経験 (年 月) ※介護業務経験年数とは受講申込者の現在までの実経験年数					
就業場所	法人名						
	施設名						
	住所等		〒 電話 : FAX :				
	種別		1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 有料老人ホーム 4. グループホーム 5. 通所介護事業所 6. 通所リハビリテーション事業所 7. 短期入所生活(療養)介護事業所 8. 特定施設入居者生活介護事業所 9. 小規模多機能型居宅介護事業所 10. 訪問介護事業所 11. 訪問入浴介護事業所 12. サービス付き高齢者向け住宅 13. 障害者(児)施設等				
基本研修 (講義)	講習会場		講義		筆記 試験	演習	希望会場 ※1カ所を選び○を記入
	県中央	ふれあい健康館	9/7, 9/14, 9/21, 9/28, 10/7 10/12, 10/19, 10/26, 11/2		11/10	11/25, 11/26 11/27, 11/28	○
	県南	阿南市商工業振興センター	9/6, 9/13, 9/20, 9/27, 10/11 10/18, 10/25, 11/1, 11/8			11/15, 11/22	○
	県西	地域交流センターはくあい	9/9, 9/16, 9/20, 9/30, 10/7 10/14, 10/21, 10/28, 11/4			11/17, 11/18	○
希望する 研修課程に○ をつけて ください	<input type="radio"/>	(1) 第一号研修	※必要行為：喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)、 経管栄養(胃ろう又は腸ろう)、経鼻経管栄養				
	<input type="radio"/>	(2) 第二号研修	※希望する行為もしくは任意の組み合わせを○で選んでください				
	<input type="radio"/>	(3) 第二号研修 (特定行為の追加コース)	喀痰吸引 口腔内	喀痰吸引 鼻腔内	喀痰吸引 気管カニューレ	経管栄養 胃ろう又は腸ろう	経鼻経管栄養
	<input type="radio"/>	(4) 基本研修 免除	<input type="radio"/>	※第一号研修で修了予定			
		<input type="radio"/>	※第二号研修で下記の行為を修了予定(※希望する行為もしくは任意の組み合わせを○で選んでください)				
			喀痰吸引 口腔内	喀痰吸引 鼻腔内	喀痰吸引 気管カニューレ	経管栄養 胃ろう又は腸ろう	経鼻経管栄養
(3)(4)の申込者及び一部履修免除を希望する方は、一部履修免除申請書、証書等の写しが必要となります。							※希望日
(必ず確認すること) 11月に実施する基本研修・演習での指導看護師が十分に確保できない場合、所属施設等の指導看護師が協力できる。その場合11月14日(月)の事前説明会に参加できる。(右欄に○を記入)							○
実地研修	研修場所 (複数選択可)	1. 自法人・施設等 2. 関連法人・施設 () 3. 外部の実地研修先 ()					
	指導者	1. 氏名 () 2. 資格 (医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師) 3. 所属 ()					
	実地研修に協力 できるたんの吸 引等が必要な利 用者の状況 (申込時点)	口腔内のたんの吸引					人
		鼻腔内のたんの吸引					人
		気管カニューレ内部のたんの吸引					人
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養					人		
経鼻経管栄養					人		

※記入漏れ・間違いが無いようにご注意ください。