**令和６年度　第３回　介護職員等の喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書**

1. 希望する研修について (ご希望の研修に✓を入れてください。)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基本研修 ＋ 実地研修 |  | 基本研修のみ |  | 実地研修のみ |

２．受講を申込む事業所及び施設について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | | 〒 |
| 法人名 | |  |
| 施設・事業所名 | |  |
| 代 表 者 名 | |  |
| 担当者 | 氏　名 |  |
| 連絡先 | TEL 　　　　　　FAX |
| メールアドレス | |  |

３．受講希望者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受講希望者氏名 |  | 生　年　月　日 |
|  | 昭和・平成　　年 　月 　日 |
| 自宅住所 | 〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | |
| 私は、本研修にて知り得た個人情報に関し、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本研修修了後も継続するものとします。  　　令和　　年　　　月　　　日  受講希望者氏名 | | |

４．　実地研修を行う「特定の利用者」について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | | | 性別 | 男　・　女 |
|  | | |
| 障害・疾病の名称  （該当する箇所に☑を入れてください。） | □ 筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）又はこれに類似する神経・筋疾患 | | | | |
| □ 筋ジストロフィー | | | | |
| □ 脊髄損傷（高位頸髄損傷） | | | | |
| □ 遷延性意識障害 | | | | |
| □ 重症心身障害 | | | | |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 実地研修を希望  する特定の行為  （該当する箇所に☑を入れてください。） | □ 口腔内の喀痰吸引 | □ 通常手順 | □ 非侵襲的人工呼吸療法 | | |
| □ 鼻腔内の喀痰吸引 | □ 通常手順 | □ 非侵襲的人工呼吸療法 | | |
| □ 気管カニューレ内部の吸引 | □ 通常手順 | □ 侵襲的人工呼吸療法 | | |
| □ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | □ 滴下 | □ 半固形栄養剤 | | |
| □ 経鼻経管栄養 | | | | |

公益財団法人介護労働安定センター愛媛支部長　様

上記の者を「介護職員等の喀痰吸引等研修（第三号研修）」の受講者として推薦します。

　令和　　年　　　月　　　日

施設・事業所名

管理者