

令和4年9月開講

# 喀痰吸引等研修第1・2号研修

## 実務者研修修了者対象

(科目免除コース)

受

講

者

募

集

日程：筆記試験 9/6(火)・演習評価 9/14(水)

※胃ろうの半固形栄養剤使用者は別途研修が必要です。9/15(木)

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：8名(申込受付順)

内容：筆記試験、演習評価に合格後、実地研修。

※自施設等で実施していただきます。

料金：実務者研修修了者 30,000円(税込)

胃ろうの半固形栄養剤希望者 10,000円(税込)

※テキスト代別途。2,420円(税込)

「新版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終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実務者研修修了書の写し・指導  
看護師の資格書の写しと一緒に郵送又はFAXして下さい。

締切：令和4年8月23日(火)

※定員に満たない場合は中止することがあります。



●申込・お問い合わせ先●



公益財団法人介護労働安定センター埼玉支部  
〒330-0055 埼玉県さいたま市浦和区東高砂町2-5 NBF浦和ビル4階  
TEL 048-813-2551・FAX 048-813-2552

# 喀痰吸引等研修 受講申込書 ( 9月科目免除コース )

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)
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	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 ( )	
施設事業所名			
施設・事業所所在地	(〒 - )	施設等連絡先	(電話) (FAX)
介護従事経験年数	年 月	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
テキスト	<input type="checkbox"/> 注文する	<input type="checkbox"/> 注文しない	
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9か月以上経過していますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ↳※「 <b>喀痰吸引等研修修了証明書</b> 」の写しと「 <b>認定特定行為業務従事者認定証</b> 」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間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 ※「 <b>指導者講習修了証書</b> 」又は「 <b>医療的ケア教員講習会修了証書</b> 」と「 <b>看護師等</b> 」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 年 月 日

施設名等

研修責任者氏名