愛知県身体障害者施設協議会　喀痰吸引等研修事業（第２号研修）

受　講　申　込　書

申込日　令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	性別	生年月日 昭和・平成 年　月　日	資格（例：介護福祉士など）

自宅住所　〒	介護職経験年数 年　　ヶ月
ＴＥＬ（　　） ＦＡＸ（　　） E-mail（　　） （郵送先が自宅の方は、こちらへ通知を送付します。無い方は「無し」とご記入下さい。）	受講票等の宛先（☑を記入） ☐　自宅へ郵送希望 ☐　勤務先へ郵送希望

日中の連絡先（☑を記入）

☐ 携帯電話（番号　　）　☐　勤務先

実地研修先　☐自身の勤務先　☐　自身勤務先の同一法人内施設　☐　その他実地研修実施承諾機関

☐当協議会に実地研修先を依頼（科目名　　）

実地研修を自身の勤務先、自身の法人内事業所、その他の実地研修承諾機関で受講生が用意する場合

☐ 介護職員等による痰の吸引等の実施の為の指導者講習研修を履修した医療従事者が就業していますか？

☐ 就業先に実務経験５年以上の正看護師が就業していますか？　**※どちらかへのチェック必要となります。**

実地研修希望科目（☑を記入）

☐ 口腔内の吸引　☐ 鼻腔内の吸引　☐ 気管カニューレ内の吸引

☐ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養

受講決定の場合のテキストについて（中央法規刊「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」税込 2,160 円）

☐事前に自身で購入する　☐ 当協議会を通じて購入し、研修開講日に会場で受け取る

【申込者勤務先について】

法人名	
施設種別 / 勤務先名	
勤務先住所	〒
連絡先	ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿＿＿（郵送先が勤務先の方はこちらへ送付します） E-mail:＿＿＿＿＿＿＿＿ 事務担当者様お名前（ご本人の代わりに連絡が取れる方）＿＿＿＿＿＿
勤務先での医療行為の必要な利用者の有無（☑を記入）	☐　無 ☐　有　※「有」の場合は申込日現在の利用者数をお知らせください。 口腔内喀痰吸引（　　）名　鼻腔内喀痰吸引（　　）名　気管カニューレ内喀痰吸引（　　）名 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（　　）名　経鼻経管栄養（　　）名　人工呼吸器（　　）名
勤務先の長の承認	本申込者は、申込時点で１年以上当事業所に勤務しており、研修終了後も当事業所で勤務する意向であり、受講にふさわしい者と認めます。 事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿　代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

【実地研修の同意について】

※申込者自身の勤務先等、申込者が実地研修先を確保する場合は、施設の管理責任者が下記要件をチェックの上、同意書に記入してください。

受講申込者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実地研修実施施設要件	チェック欄
1）利用者本人（実地研修協力者）とその家族が実地研修に協力できること。	□
2）医療・介護等関係者による連携体制があること。	□
3）愛知県の指導者講習を修了した指導看護師が配置されていること。	□
4）原則として、受け入れ受講生１名に対して１名の指導看護師で指導できること。	□
5）喀痰吸引等の医療行為の手順書が整備されていること。	□
6）安全確保のための体制が整備されていること。	□
7）指示書や指導の記録、実施の記録が作成され、適切に管理されていること。	□
8）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。	□
9）緊急時の対応マニュアルが整備されていること。	□
10）施設内の感染予防対策等の安全・衛生管理が十分行われていること。	□

実地研修実施同意書

上記内容に相違ないことを証明するとともに、上記申込者が実地研修を当施設で行う場合は、別紙「業務規程」の内容をよく理解し、愛知県身体障害者施設協議会と「実地研修業務委託契約書」の契約を締結した上で、実地研修の受け入れを行うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

実地研修施設所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実地研修施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実地研修施設代表者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

【免除科目について】

※一部科目が免除もしくは一部履修済みの方のみご記入下さい。

免除または一部履修済み科目についての申告書
☐　基本研修すべて（講義＋筆記試験＋演習）
基本研修のうちの一部 ＊講義 ☐　人間と社会 ☐　保健医療制度とチーム医療 ☐　安全な療養生活 ☐　清潔保持と感染予防 ☐　健康状態の把握 ☐　高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論 ☐　高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説 ☐　高齢者および障害児・者の経管栄養概論 ☐　高齢者および障害児・者の経管栄養手順解説 ☐　筆記試験 ＊演習 ☐　口腔内喀痰吸引 ☐　鼻腔内喀痰吸引 ☐　気管カニューレ内喀痰吸引 ☐　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ☐　経鼻経管栄養
☐ 実地研修すべて（口腔内喀痰吸引・鼻腔内喀痰吸引・胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養）
実地研修のうちの一部 ☐　口腔内喀痰吸引 ☐　鼻腔内喀痰吸引 ☐　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ☐　気管カニューレ内喀痰吸引 ☐　経鼻経管栄養

私は、上記の☑の科目については免除（一部履修済み）となりますので、証明書類の写しを添えて申告いたします。

受講申込者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞