

基本研修

平成 30 年度 介護職員等による喀痰吸引等研修受講申込書
(特定の者を対象とする研修[第3号研修])

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構いわき病院
院長 関 晴朗 様

(受講を申し込む事業所・施設)

| | | |
|-----------|------|---------|
| 住 所 | 〒 | |
| 施設・事業所の名称 | | |
| 施設・事業所の長 | 印 | |
| 担当者 | 職・氏名 | |
| | 連絡先 | TEL FAX |

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。訪問介護事業所等の居宅系の事業所の「施設・事業所の長」は当該事業所の管理者になります。

平成24年4月1日に施行された改正後の社会福祉士および介護福祉士法附則第4条第2項の規定に基づき、当事業所・施設に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として福島知事の認定を受けたいので、次のとおり当該介護職員等の受講を申し込みます。

1: 受講申込者

| | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------|------|----------------|---|---|-----------|-----|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | (日 歳) | 性別 |
| 氏 名 | | | | | | | 男・女 |
| 現住所 | (〒 -) | | | | | | |
| 勤務先での職種 | ① 介護職員 ② 訪問介護員 ③ その他() | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | |

2: 特定の利用者(重度障害者)の指名等

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|-----|
| (ふりがな) | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| 実地研修で 行う医行為の 種類 | <input type="checkbox"/> | ①口腔内の喀痰吸引(通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順) | |
| | <input type="checkbox"/> | ②鼻腔内の喀痰吸引(通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順) | |
| | <input type="checkbox"/> | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引(通常手順又は侵襲的人工呼吸器装着者用手順) | |
| | <input type="checkbox"/> | ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下型の液体栄養剤の場合又は半固形型栄養剤の場合) | |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤経鼻経管栄養(滴下型の液体栄養剤の場合) | |

※ 実地研修で行う医行為の種類と手順等に○印を付けてください。

3: 実地研修の指導に当たる指導講師

| 事業所 | 指導講師名 | 免許の種類 |
|----------|-------|----------------|
| 〒 住所: | | 医師・保健師・助産師・看護師 |
| 事業所名: | | |

※ 「免許の種類」欄の該当する資格に○を付けてください。

※ 基本研修(現場演習)及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師(准看護師は除く)は、平成23年度に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業(特定の者対象)について」(平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知による指導者養成事業(自己学習)を修了していることが必要です。

※ ご記入いただきました内容は、本研修に関する手続きにのみ使用させていただきます。

実地研修

平成 30 年度 介護職員等による喀痰吸引等研修受講申込書
(特定の者を対象とする研修[第3号研修])

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構いわき病院
院長 関 晴朗 様

(受講を申し込む事業所・施設)

| | | |
|-----------|------|---------|
| 住 所 | 〒 | |
| 施設・事業所の名称 | | |
| 施設・事業所の長 | 印 | |
| 担当者 | 職・氏名 | |
| | 連絡先 | TEL FAX |

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。訪問介護事業所等の居宅系の事業所の「施設・事業所の長」は当該事業所の管理者になります。

平成24年4月1日に施行された改正後の社会福祉士および介護福祉士法附則第4条第2項の規定に基づき、当事業所・施設に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として福島知事の認定を受けたいので、次のとおり当該介護職員等の受講を申し込みます。

1: 受講申込者

| | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------|------|----------------|---|---|-----------|-----|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | (日 歳) | 性別 |
| 氏 名 | | | | | | | 男・女 |
| 現住所 | (〒 -) | | | | | | |
| 勤務先での職種 | ① 介護職員 ② 訪問介護員 ③ その他() | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | |

2: 特定の利用者(重度障害者)の指名等

| | | | |
|-----------------------|---|----|-----|
| (ふりがな) | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| 実地研修で 行う医行為の 種類 | ①口腔内の喀痰吸引 通常手順・非侵襲的人工呼吸器装着者用手順 (←どちらかに○) | | |
| | ②鼻腔内の喀痰吸引 通常手順・非侵襲的人工呼吸器装着者用手順 (←どちらかに○) | | |
| | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 通常手順・侵襲的人工呼吸器装着者用手順 (←どちらかに○) | | |
| | ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 胃ろう・腸ろう (←どちらかに○) 滴下型の液体栄養剤・半固形栄養剤 (←どちらかに○) | | |
| | ⑤経鼻経管栄養(滴下型の液体栄養剤の場合) | | |

※ 実地研修で行う医行為の種類に○印を付けてください。

3: 実地研修の指導に当たる指導講師

| 事業所 | 指導講師名 | 免許の種類 |
|----------|-------|----------------|
| 〒 住所: | | 医師・保健師・助産師・看護師 |
| 事業所名: | | |

※ 基本研修(現場演習)及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師(准看護師は除く)は、平成23年度に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業(特定の者対象)について」(平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知による指導者養成事業(自己学習)を修了していることが必要です。

※ ご記入いただきました内容は、本研修に関する手続きにのみ使用させていただきます。