　　　年　　　月　　　日

喀痰吸引等研修受講申込書・調書（実務者研修修了者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
|  | |
| 現住所 | 〒　　　　－  　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯TEL | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　生　　（　　　　）歳 | | | |
| 現在の勤務先 | 法人名 | 施設名 | | |
| 施設所在地  〒　　　　－  TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | |
| 施設種別  ※該当するものに○ | １．特別養護老人ホーム　　２．介護老人保健施設　　３．グループホーム　　４．訪問サービス　　　　５．有料老人ホーム　　　　６．障害者施設　　　　 ７．その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 保有資格  ※該当するものに○ | １．介護福祉士（実務者研修又は医療的ケアを受講済み）平成27年度以降に取得  ２．実務者研修修了者（試験未） | | | |
| 資格取得希望の項目  ※該当するものに○ | ①痰の吸引（口腔内）②痰の吸引（鼻腔内）③経管栄養（胃ろう・腸ろう）④たんの吸引（気管カニューレ内部）⑤経鼻経管栄養　⑥人工呼吸器装着者への吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ） | | | |
| 医療的ケアが必要な入居者の人数  ※該当するものに人数を記入 | ①痰の吸引（口腔内）（　　人）　②痰の吸引（鼻腔内）（　　人）  ③経管栄養（胃ろう・腸ろう）（　　人）　④痰の吸引（気管カニューレ内部）（　　人）  ⑤経鼻経管栄養（　　人）  ⑥人工呼吸器装着者への吸引（口腔内　　人・鼻腔内　　人・気管カニューレ　　人） | | | |
| 1. 実地研修について   貴就労施設にて行なっていただきます⇒下記項目へ回答  ② 貴就労施設に「たんの吸引等の指導者伝達講習会」または、「医療的ケア教員講習会」における指導者講習を修了した医師、看護師、保健師、助産師及び上記指導者講習と同様の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？  　１．いる　　　　２．いない  ③ 貴就労施設に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？  　１．いる　　　　２．いない  ※貴就労先施設の実地研修が可能な事業所は、「実地研修実施機関承諾書」「実地研修委託契約書」「指導者の資格証及び履歴書の写し」をご提出いただきます。(申し込み調書受領後、必要書類をお送りいたします。) | | | | |

1. 上記に必要事項を正確に記入しＦＡＸ又は郵送にてお申込みください。　**ＦＡＸ：０５２－３０８－８７９７**
2. 免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください。