

平成30年度第1回東京都介護職員等によるたんの吸引等研修（不特定多数の者対象）

受講申込書【**実地研修を自施設で予定している場合**】

記入例：実地研修を自施設で予定している場合

平成30年4月25日

「平成30年度第1回東京都介護職員等によるたんの吸引等研修（不特定多数の者）」について、実施要項に示す「申込要件」をすべて満たしていることを確認のうえ、受講を申し込みます。

法人・施設名	(法人名) 社会福祉法人 東京福祉会	(施設・事業所名) 特別養護老人ホーム 東京福祉	
施設・事業所 代表者氏名	介護 一郎		
住所	〒163-0719 東京都新宿区西新宿2-7-×		
TEL :	03-3344-85×△		
施設等種別 (該当箇所に☑)	高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100	
	<p>①施設における「認定特定行為業務従事者（経過措置を含む）」の人数を記入してください。不在の場合は0人と記載してください。</p> <p>②勤務先（所属事業所）におけるたんの吸引等が必要な利用者数は、必ず記入し、不在の場合は0人と記載してください。</p> <p>③口腔・鼻腔の該当者が重複する場合は、それぞれ1名ずつ計上してください。</p> <p>④現在、看護職員の方が吸引等を行っている場合も、利用者数を記載してください。</p>	<p>既に、施設・事業所においてたんの吸引等に係る「登録特定行為事業者」の登録が済んでいる場合は、登録番号（13から始まる9桁の番号）を必ず、記入してください。</p>	
<p>実地研修において、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）及び経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）のうち、施設の方針、実態【利用者の状況、人数】等を勘案のうえ、必要な行為を1行為以上修了する必要があります。必ず実施する行為を選択してください。</p>	<p>1 3 1 5 3 6 × 0 △</p>	<p>10人</p> <p>4人</p> <p>0人</p> <p>0人</p> <p>3人</p> <p>1人</p>	
<p>実地研修実施予定状況【申込時点】 (実地研修を行う該当行為に☑及び場所を選択・記入)</p>	<p>実地研修を行う特定行為※2</p> <p>☑ 口腔内の喀痰吸引</p> <p>☑ 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p>☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p>☑ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p>☑ 経鼻経管栄養</p>	<p>実地研修予定場所</p> <p>☑ 勤務先</p> <p>☐ 法人内他事業所 (名称: )</p> <p>☐ 勤務先</p> <p>☑ 法人内他事業所 (名称: 特別養護老人ホーム南東京)</p> <p>☐ 勤務先</p> <p>☐ 法人内他事業所 (名称: )</p> <p>☑ 勤務先</p> <p>☐ 法人内他事業所 (名称: )</p>	<p>実施予定利用者数※3</p> <p>【 10 】人</p> <p>【 4 】人</p> <p>【 0 】人</p> <p>【 0 】人</p> <p>【 3 】人</p> <p>【 1 】人</p> <p>【 1 】人</p> <p>【 1 】人</p> <p>【 1 】人</p>
担当者氏名 (必須)	厚生 史郎	連絡先 電話番号 (必須) 03-3344-860×	

施設印又は代表者印(私印を除く)

既に、施設・事業所においてたんの吸引等に係る「登録特定行為事業者」の登録が済んでいる場合は、登録番号（13から始まる9桁の番号）を必ず、記入してください。

実地研修において、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）及び経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）のうち、施設の方針、実態【利用者の状況、人数】等を勘案のうえ、必要な行為を1行為以上修了する必要があります。必ず実施する行為を選択してください。

①施設における「認定特定行為業務従事者（経過措置を含む）」の人数を記入してください。不在の場合は0人と記載してください。

②勤務先（所属事業所）におけるたんの吸引等が必要な利用者数は、必ず記入し、不在の場合は0人と記載してください。

③口腔・鼻腔の該当者が重複する場合は、それぞれ1名ずつ計上してください。

④現在、看護職員の方が吸引等を行っている場合も、利用者数を記載してください。

①自施設（勤務先）の利用者の同意・協力の下、実地研修を行う場合は、「勤務先」にチェック入れてください。

②法人内他事業所で実地研修を行う場合は、「施設名称」と「利用者数」記入してください。

実地研修予定場所にたんの吸引等が必要な利用者が不在の場合は、実地研修場所とすることはできません。必ず「実地研修を行う特定行為」、「実地研修予定場所」と「利用者数」の整合性を確認してください。

※虚偽の申込・申請等があった場合、受講申込者全員の研修受講が取り消されますのでご注意ください。