

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【**実地研修を都受入施設で希望する場合**】

記入例：実地研修を都受入先施設で希望する場合
【利用者が不在又は指導看護師が確保できない場合】
【高齢施設・事業所のみ申込可能】

平成30年 4月25日

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) 株式会社 トウキョウ	(施設・事業所名) 介護付有料老人ホーム 東京
施設・事業所 代表者氏名	介護 次郎	
住所	〒163-0719 東京都新宿区西新宿2-7-×	
	TEL : 03-3344-860×	
施設等種別 (該当箇所に☑)	高齢者 <input type="checkbox"/> 1. 介護老人福祉施設（地域密着型） <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 4. 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5. 短期入所生活介護事業所	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。 未登録の場合は、記入不要です。
施設におけるたんの吸引等の実施状況	登録特定行為事 登録番号【登録済みの場合】	1 3 1 5 3 6 × 0 △
	認定特定行為業務従事者数（経過措置を含む）	1 人
	たんの吸引等が必要な利用者の状況	0 人
	たんの吸引	0 人
担当者	担当者	0 人
	希望欄	○
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。
未登録の場合は、記入不要です。

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東京都受入先施設において、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、）及び経管栄養（胃ろう又は腸ろう）のうち、施設の方針、実態【利用者の状況】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。**
②自施設で1行為でも実地研修が実施できる場合は、「都受入先施設」への申込はできません。
③「気管カニューレ内部の喀痰吸引」、「経鼻経管栄養」は対象外となります。
④受講決定後の実地研修行為の追加は、認められません。

※1. 施設・事業所における「たんの吸引等が必要な利用者の状況」欄は、必ず人数を記入し、不在の場合は0人としてください。
 2. 「実地研修希望行為」のうち「喀痰吸引」については、全て「通常手順」のみを対象とします。（人工呼吸器装着者は対象外）
 3. 受講決定後における「特定行為」の追加・変更はできませんので、御留意ください。