

平成30年度第3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【実地研修のみ】

特別養護老人ホーム等施設系事業所用：記入例

平成30年11月3日

平成30年度第3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）【実地研修のみ】について、実施要項（実地研修のみ）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 : 03-3344-860×	FAX : 03-3344-85×△	
施設等種別 (該当箇所に☑)	高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	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。	
	障 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
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。	1	3	
	1	5	
	3	6	
	×	△	
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。	10	人	
	4	人	
	0	人	
	0	人	
経鼻経管栄養該当者	3	人	
経鼻経管栄養該当者	1	人	
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の 喀痰吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所(名称:)	【 】人
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 法人内他事業所(名称: 特別養護老人ホーム南東京)	【 3 】人
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ 内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他	【 】人
	<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろ うによる経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他	【 】人
	<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所(名称:)	【 】人
	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。		
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)

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。

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。

1 3 1 5 3 6 × △
10 人
4 人
0 人
0 人
3 人
1 人

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。

※座席の申込・申請等があった場合、受講申込者全員の新修受講が取り消されまいるのでご注意ください。