

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】

平成30年11月3日

訪問介護事業所等在宅系サービス事業所用：記入例

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) 特定非営利活動法人 新宿西会	(施設・事業所名) 訪問介護事業所東京ホーム新宿西
施設・事業所 代表者氏名	福祉 一郎	
住所	〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-XX TEL: 03-3344-860X FAX: 03-XXXX-XXXX	
施設・事業所 等種別 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2. 在宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> 3. 介護施設 <input type="checkbox"/> 4. 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 5. 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 6. 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 7. 介護サービス事業者
	障害者	<input type="checkbox"/> 1. 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2. 在宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> 3. 介護施設 <input type="checkbox"/> 4. 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 5. 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 6. 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 7. 介護サービス事業者
たんの吸引等 行為	<p>①施設・事業所における「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施設・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>	
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"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 勤務先・法人内他事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅等【訪看名称： <b>訪問看護ステーション●●</b> 】 <input type="checkbox"/> 勤務先・法人内他事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅等【訪看名称： <b>訪問看護ステーション●●</b> 】
担当者氏名 (必須)	保健 太郎	連絡先 電話番号 (必須) 03-3344-860X

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。

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、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	3	2	5	8	6	X	0	△
1	1	1	0	0	0	0	0	0
人	人	人	人	人	人	人	人	人

①自施設(勤務先)又は法人内他事業所の利用者の同意・協力の下、実地研修を行う場合は、「勤務先・法人内他事業所」欄にチェック入れ「実地研修利用者」の人数を記入してください。

②ご利用者の同意・協力の下、居宅等において「訪問看護事業所」と連携して実地研修を行う場合は、「居宅等」欄にチェックを入れ「訪問看護事業所」の名称及び「利用者数」を記入してください。

※1 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、実地研修を行うことができません。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。

※2 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。