


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の実施のための研修
(特定の者対象)【基本研修のみ】受講推薦書兼受講申込書

申込年月日：平成30年 11月 5日

1 受講申込者については、下記条件①～⑤を満たすことを確認し、本様式のとおり推薦いたします。

設置主体 (法人名) ※正式名称でご記入ください。		特定非営利活動法人 新宿西会	
推薦者 (事業所名) ※正式名称でご記入ください。		重度訪問介護事業所東京ホーム新宿西	
事業所代表者 (氏名) ※押印してください。		福祉 一郎 	
事業所種別	介護保険法 (例) 訪問介護	訪問介護	事業所番号 1 3 7 0 0 0 0 0 0 0 ※介護保険法の指定を受けている場合は必ずご記入ください。
	障害者総合支援法 (例) 重度訪問介護	居宅介護 重度訪問介護	事業所番号 1 3 1 0 0 0 0 0 0 0 ※障害者総合支援法の指定を受けている場合は必ずご記入ください。
事業所所在地		〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1	
連絡先電話番号		03-3344-8629	問合せ担当者名 保健 太郎 (ホケン)

※事業所単位で御推薦・受講申込ください。

- ①「表1」の東京都内施設・事業所に所属し、特定の者を対象にたんの吸引等を行う介護職員等であること。
- ②実地研修を行う特定のご利用者がいること。
- ③ご利用者のかかりつけ医等の医師から、ご利用者に対してたんの吸引等を行うことを承認された (又は承認を受けることのできる) 介護職員等であること。
- ④実地研修の同意書にご利用者またはそのご家族による署名等が原則できること。
- ⑤基本研修2日間受講ができること。

表1 「特定の者対象」研修の対象施設・事業種別

分野	事業形態	事業種別
高齢者	在宅系サービス	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護事業所 通所介護事業所 夜間対応型訪問介護事業所 訪問入浴介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 認知症対応型通所介護事業所 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 看護小規模多機能型居宅介護事業所 地域密着型通所介護 等
		<ul style="list-style-type: none"> 障害者支援施設 障害福祉サービス事業所 障害児施設 (医療機関を除く) 等
障害者	施設	<ul style="list-style-type: none"> 障害者支援施設 障害福祉サービス事業所 障害児施設 (医療機関を除く) 等
	在宅系サービス	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護事業所 重度訪問介護事業所 等

2 下記のとおり受講申込みいたします。

(1) 申込人数等 ※下記の事項について、合計数を御記入ください。

申込人数： **3**人

(2) 基本研修受講希望日程 (FからG日程のうち、第1希望から必ず第2希望まで御記入ください。)

受講の優先順位順に御記入ください。(申込多数の場合、受講優先順位の上位から受講決定を行う予定です。御留意ください。)

受講優先順位	受講者氏名	生年月日	受講希望日程	※財団使用欄 申込ID
(フリガナ)			G	※財団使用欄 です。
例	介護 次郎 ※住民票記載の氏名を記入してください。	※住民票記載の生年月日を記入してください。	第2希望 F	
1位	(フリガナ) ロウケン ハナコ 老健 花子	(昭和)・平成 50年 8月 11日	第1希望 F 第2希望 G	
2位	(フリガナ) フクシ タロウ 福祉 太郎	(昭和)・平成 48年 9月 25日	第1希望 G 第2希望 F	
3位	(フリガナ) シンザイ クミコ 人材 久美子	昭和・平成 2年 11月 29日	第1希望 F 第2希望 G	
4位	(フリガナ)	昭和・平成 年 月 日	第1希望 第2希望	
5位	(フリガナ)	昭和・平成 年 月 日	第1希望 第2希望	

6名以上お申込みの場合は、当様式を必要部数印刷し御使用ください。その場合、2枚目以降は(2)のみに記載し、「受講優先順位」の数字を1枚目からの連番になるように訂正記入した上で、1枚目と合わせてホチキス止めをして、御提出ください。