様式　１－３

令和３年度 第１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（不特定多数の者対象）

受　講　申　込　書【基本研修免除・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

令和３年４月２０日

「令和３年度第１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（不特定多数の者対象）【基本研修免除・実地研修のみ】」について、実施要項（基本研修免除）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　一朗	
住　所	〒１６３－０７１９ 東京都新宿区西新宿２－７－× TEL：　０３－３３４４－８６０×　　FAX：　０３－３３４４－８５×△	

施設印又は代表者印（私印を除く）

施設等種別（該当箇所に☑）	高齢者	☑１	
		☐	
		☐	
		☐	
	障	☐	
		☐	
		☐	
	実行		１３１５３６×○△
	実行		１０人
			４人
			０人
	引の状	ーレ内部の喀痰吸引該当者	０人
		は腸ろうによる経管栄養該当者	３人
		経鼻経管栄養該当者	１人

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。

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。**

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）	実地研修を行う特定行為※2	実地研修予定場所	実施予定利用者数※3
	☑口腔内の喀痰吸引	☑ 勤務先	
		☐ 法人内他事業所（名称：　　）	【　　】人
	☑鼻腔内の喀痰吸引	☐ 勤務先	
		☑ 法人内他事業所（名称：特別養護老人ホーム南東京　）	【　３　】人
	☐気管カニューレ内部の喀痰吸引	☐ 勤務先	
		☐ 法人内他	】人
	☑胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	☑ 勤務先	
		☐ 法人内他	】人
	☑経鼻経管栄養	☑ 勤務先	
		☐ 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」にチェックを入れてください。
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×

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。