**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**【実地研修を自施設で予定している場合】**

　　　　年　　月　　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）」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） | | | | | （施設・事業所名） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・事業所  施設印  代表者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | |  | | | | FAX： |  | | | | | | | | | | | |
| 施設等種別  （該当箇所に） | 高齢者 | １．介護老人福祉施設（地域密着型含む）　　２．介護老人保健施設  ３．特定施設入居者生活介護事業所（地域密着型含む）  ４．認知症対応型共同生活介護事業所  ５．短期入所生活介護事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者 | １．障害者支援施設  ２．障害福祉サービス事業所  ３．障害児施設（医療機関を除く） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設におけるたんの吸引等の  実施状況 | 登録特定行為事業者 登録番号【登録済みの場合】 | | | | | | | | **１** | **３** |  |  |  |  | |  |  |  | |
| 認定特定行為業務従事者数（経過措置を含む） | | | | | | | | | | | | | |  | | | 人 | |
| たんの吸引等が必要な利用者の状況※１ | | | たんの吸引 | 口腔内の喀痰吸引該当者 | | | | | | | | | |  | | | 人 | |
| 鼻腔内の喀痰吸引該当者 | | | | | | | | | |  | | | 人 | |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引該当者 | | | | | | | | | |  | | | 人 | |
| 経管栄養 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養該当者 | | | | | | | | | |  | | | 人 | |
| 経鼻経管栄養該当者 | | | | | | | | | |  | | | 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) | 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：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 【　　　】 | | | | 人 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | 勤務先 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 法人内他事業所（名称：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 【　　　】 | | | | 人 |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | 勤務先 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 法人内他事業所（名称：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 【　　　】 | | | | 人 |
| 経鼻経管栄養 | | | 勤務先 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 法人内他事業所（名称：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 【　　　】 | | | | 人 |
| 担当者氏名**（必須）** |  | | | | 連絡先  電話番号**（必須）** | | |  | | | | | | | | | | | |

※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．「実地研修予定行為」」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.実地研修を「同法人内他事業所」で予定している場合、下段【　　】内に当該施設の利用者数を記入してください。

※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。