

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**】

記入例：実地研修を自施設で予定している場合

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)」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) 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-XXXX-XXXX	
施設等種別 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <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
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 checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろ うによる経管栄養 <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 <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"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所 (名称 :) 【 】人 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所 (名称 :) 【 】人 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所 (名称 :) 【 】人
担当者氏名 (必須)	厚生 史郎	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。

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。

- 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。

1	3	1	5	3	6	X	0	△
								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。

※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。