**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**【実地研修を都受入施設で希望する場合】**

　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 東京都受入先施設で実地研修  を希望する特定行為  （希望する特定行為の右欄に〇を記入） | | | | 実地研修を希望する特定行為※２ | | | | | | | | | | | 希望欄 | | | | |
| 口腔内の喀痰吸引 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 鼻腔内の喀痰吸引 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 担当者氏名**（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．「実地研修希望行為」」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.受講決定後における「特定行為」の追加・変更はできませんので、御留意ください。** |  | | | | 連絡先  電話番号**（必須）** | | |  | | | | | | | | | | | |