

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**】

令和3年 4月20日

<p>記入例：実地研修を都受入先施設で希望する場合 【利用者が不在又は指導看護師が確保できない場合】 【高齢施設・事業所のみ申込可能】 【基本研修免除者(実地研修のみ)の申込は不可】</p>		<p>実施のための研修(不特定多数の者)に を確認のうえ、受講を申し込みます。</p>	
法人・施設名	株式会社 トウキョウ	事業所名) 介護付有料老人ホーム 東京	
施設・事業所 代表者氏名	介護 次郎		施設印又は 代表者印(私 印を除く)
住所	〒163-0719 東京都新宿区西新宿2-7-×		
TEL :	03-3344-860×		
施設等種別 (該当箇所)に☑	高齢者	<input type="checkbox"/> 1. 介護老人福祉施設(地域密着型) <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 4. 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 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 登録番号【登録済みの場合】		1 3 1 5 3 6 × 0 △
	認定特定行為業務従事者数(経過措置を含む)	たんの吸引	1 人
	たんの吸引等が必要な利用者の状況	たんの吸引	0 人
	担当者	希望欄	0 人
<p>①東京都受入先施設において、たんの吸引(口腔内、鼻腔内、)及び経管栄養(胃ろう又は腸ろう)のうち、施設の方針、実態【利用者の状況】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。</p> <p>②自施設で1行為でも実地研修が実施できる場合は、「都受入先施設」への申込はできません。</p> <p>③「気管カニューレ内部の喀痰吸引」、「経鼻経管栄養」は対象外となります。</p> <p>④受講決定後の実地研修行為の追加は、認められません。</p>		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
担当者氏名(必須)	厚生 史郎	連絡先 電話番号(必須)	03-3344-860×

※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。