

令和3年度 第2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7月20日

「令和3年度第2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 一郎		
住所	〒163-0719 東京都新宿区西新宿2-7-×		
	TEL : 03-3344-860×	FAX : 03-3344-85×△	
施設等種別 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 1人	
	障	<input type="checkbox"/> 0人	
	行	<input type="checkbox"/> 0人	
	行	<input type="checkbox"/> 0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。	
1 3 1 5 3 6 × 0 △		10人 4人 0人 0人 3人 1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) <input checked="" type="checkbox"/> 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： ) <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 ) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所 (名称： ) <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 法人内他事業所 (名称： )	実施予定利用者数 <sup>※3</sup> 【 3 】人 【 3 】人 【 0 】人 【 0 】人 【 0 】人
	実地研修を行う特定行為 <sup>※2</sup>		実地研修予定場所
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引		勤務先
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引		法人内他事業所 (名称： 特別養護老人ホーム南東京 )
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引		勤務先
<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		勤務先	
<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		勤務先	
担当者氏名 (必須)	厚生 史郎	連絡先 電話番号 (必須) 03-3344-860×	

施設印又は代表者印(私印を除く)

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 3 1 5 3 6 × 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。

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。

※印刷の申込・申請書がめつた場合、受講申込書主員の研修受講が取り消されまのでご注意ください。