

令和4年度第3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】

記入例：基本研修免除・実地研修のみ

令和 4 年 10 月 25 日

標記の研修について、実施要項に示す「申込要件」を全て満たしていることを確認の上、受講を申し込みます。

		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-×				
担当者	氏名	厚生 史郎	TEL	03-3344-860×	FAX
				03-3344-85×△	
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（地域密着型含む）	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所		
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所		
		<input type="checkbox"/> 高齢者生活介護事業所（地域密着型含む）	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		
		<input type="checkbox"/> 共同生活介護事業所	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> サービス事業所	<input type="checkbox"/> その他 ()		
		<input type="checkbox"/> 医療機関を除く)			
		登録番号【登録済の場合】	1 3 1 5 3 6 × 0 △		
施設におけるたんの吸引	認定特定行為	10			人
	たんの吸引が必須状況	4			人
		0			人
		0			人
		0			人
	実地研修を行う特定行為（該当箇所全てにチェックする）	3			人
実地研修実施予定状況【申込時点】	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（通常手順のみ・人工呼吸器装着者は対象外）	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 法人内他事業所	事業所名	
			<input type="checkbox"/> 居宅（訪問看護事業所と連携）	実施予定利用者数	
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（通常手順のみ・人工呼吸器装着者は対象外）	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> 法人内他事業所	事業所名	特別養護老人ホーム南東京口
		<input type="checkbox"/> 居宅（訪問看護事業所と連携）	実施予定利用者数	3	
<input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順のみ・人工呼吸器装着者は対象外）	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 法人内他事業所	事業所名	訪問看護ステーション●●	
		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅（訪問看護事業所と連携）	実施予定利用者数	1	

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。

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。
③ご利用者の同意・協力の下、居宅等において「訪問看護事業所」と連携して実地研修を行う場合は、「居宅等」欄にチェックを入れ「訪問看護事業所」の名称及び「利用者数」を記入してください。

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。