令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **令和６年度　喀痰吸引行為等研修　第３号研修（特定の者）　受講申込書** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修生  氏名 | 自宅住所：〒 | | | | | | | | | |
| ふりがな： | | | | | | | | | |
| 氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　（男・女）  生年月日（年齢）：　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　（　　　　　）歳 | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 法人名 | | | 施設・事業所名 | | | | | | |
| 所在地：〒  TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　e-mail @ | | | | | | | | | |
| 連絡先と  方法 | □上欄の勤務先  □自宅（複数記入可）TEL：　　　　　　　　FAX：　　　　　　　e-mail: @ | | | | | | | | | |
| テキスト必要な方：送付先 | □受講生宅（上記）  □ご所属事業所　　　※テキスト：喀痰吸引テキスト　第三号研修（特定の者対象）　2020.1月改訂 | | | | | | | | | |
| 賠償責任保険 | □事業所で加入している　　　□個人で加入している　　　□加入していない（※）  **※保険未加入者は、賠償責任保険の加入が必要となります** | | | | | | | | | |
| 保有資格  （該当の番号全てに○） | １．介護福祉士　　　　　　　　　　　　　　　２．介護職員実務者（ホームヘルパー1級）  ３．介護職員初任者研修（ホームヘルパー2級）４．重度訪問介護従事者養成研修修了者  ５．リハビリ関連職種（　　　　　　　　　）　６．その他（具体的に　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 福祉関係  経験年数 | a.福祉関係勤続年数　　　　　　　　年　　　カ月  b.現在の勤務先勤続年数　　　　　　年　　　カ月 | | | | | | | | | |
| 利用者と  行う行為  （利用者１名ごとに申込書を作成し提出して下さい） | 利用者氏名 | 状態（※1） | | | 行う行為の区分など（※2） | | | | | |
|  |  | | | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| （※1）利用者の状態の区分（A～Fのうち、1つだけを上の状態欄に記入）  （A）ALS患者　（B）ALS以外の神経難病　（C）神経難病以外の疾病　（D）重度障害　（F）その他 | | | | | | | | | |
| (※2)行う行為の区分など（下の事項で該当する番号について、すべて上の表の番号に○をつける）  喀痰吸引　　：①口腔内のたん吸引　　②鼻腔内のたん吸引　　③気管カニューレ内のたん吸引  経管栄養　　：④胃ろう又は腸ろう　　⑤経鼻経管栄養  人工呼吸器　：⑥人工呼吸器を装着している | | | | | | | | | |
| 指導講師名  （看護師等） | ※研修機関所属看護師に実地研修を申し込まれる場合は氏名・事業所名は記載不要です。  氏名 | | | | | | | | | |
| 実地研修  実施機関名 | 事業所名 | | 職名 | | | | | | | |
| 所属 | | | | | | | |
| 基本研修免除のための確認 | 下記１～３いずれに該当するか○をつける（※3）  １　　　　　　２　　　　　　３ | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

該当する項目に☑してください（□基本研修　□実地研修）　　　　　　　　　　　在宅ケアサポートたなか

　（※3）基本研修免除のための確認

**１．基本研修を修了したことを示す書類（実地研修の終了は問いません）、**

**又は重度訪問介護従事者　統合過程 の修了証を提出できる**

　　→証書の写しとともに★に示す本人確認書類を1点提出してください。

　　　注：修了内容によっては基本研修の受講が必要な場合があります。

**２．都道府県発行　認定特定行為業務従業者認定証（経過措置対象者を含む）を提出できる**

　　→証書の氏名等の個人情報欄、認められた行為の記載面をコピーして提出してください。

　　　★に示す本人確認書類は不要です。

**３．いずれも持っていない（基本研修受講対象者）**

　　→★に示す本人確認書類を１点提出してください。

★提出する本人確認書類（写）　いずれか１点

□戸籍謄本（抄本）　□住民票・住民基本台帳カード　□健康保険証　□運転免許証　□パスポート　年金手帳

□介護福祉士等国家資格証明書（免許証又は登録証）　□在留カード　□その他

添付書類は不鮮明の場合、メールによる画像提出（写メ）をお願いすることがあります。

【送付先】メールの場合（PDF添付）：[psw313aka@yahoo.co.jp](mailto:psw313aka@yahoo.co.jp)　　　　　　 　　FAXの場合：0766-84-5345

◆**謝金について：指導看護師を訪問看護ステーション等で依頼する場合、研修機関より指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に沿ってお支払いください。**

◆氏名記入のご注意：この調書は、「修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は住民票に則り、正確に記載してください。また、氏名の漢字に関しては特に注意してください。例えば「斉藤」には「斉」「斎」「齋」があり、住民票と異なる文字での「修了証」では、県から申請時に受領してもらえません。十分ご注意願います。

◆受講の期間中に、氏名が変わった方は必ず届出てください。

◆申し込みは、E-mail（pdf添付）またはFAX、郵送は原本送付の場合のみとします。

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受講日より最大1年間保管し、研修機関で責任を持って処分させていただきます。