

一般社団法人garyu 滝川 行き

FAX番号 087-802-3091 メール:garyu@garyu4351.com  
 申込期限:それぞれ研修日の1週間前18時必着

令和6年度喀痰吸引等研修事業(第3号研修) 受講申込書 ( 月分)

介護職員	ふりがな氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	保有資格	介護福祉士・介護職員基礎研修・1級ヘルパー・2級ヘルパー・その他( )		
	勤務先	法人名	事業所名	
		施設種別	訪問介護事業所・居宅介護事業所・重度訪問介護事業所・その他( )	
	事業所住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			

特定の者(利用者)	ふりがな氏名			
	住所			
	実施する行為 該当するものに○	<input type="checkbox"/>	口腔内(咽頭の手前まで)のたん吸引	
		<input type="checkbox"/>	鼻腔内(咽頭の手前まで)のたん吸引	
		<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部のたん吸引	
		<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(状態確認は看護職員)	
<input type="checkbox"/>		経鼻経管栄養(チューブ挿入、状態確認は看護職員)		

- |   |          |
|---|----------|
| ①利用者本人(またはその家族等)から実地研修の実施について書面による同意は得られますか。  | はい ・ いいえ |
| ②利用者のかかりつけ医等の医師から、利用者に対して上記医療的ケアを行うことの承認は得られますか。  | はい ・ いいえ |
| ③平成23年度香川県介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(特定の者対象)・平成24年度以降の喀痰吸引等研修事業(第3号研修)において基本研修を修了していますか。<br>※修了済の場合は、県知事から発行された認定書を添付すること。 | はい ・ いいえ |
| ④第29回介護福祉士国家試験を合格(登録証 試験合格年月 平成29年3月)または、平成28年度介護福祉士養成施設を卒業された方以降の介護福祉士<br>※修了済の場合は、証明書及び資格書を添付すること。                      | はい ・ いいえ |
| ⑤重度訪問介護従業者養成研修課程(統合課程)を修了したのもの<br>※修了済の場合は、修了証明書を添付すること。  | はい ・ いいえ |

実地研修 における 指導者に関する こと	ふりがな 指導者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	所属事業所名		事業所住所	〒
	事業所電話番号		事業所FAX番号	
	メールアドレス			
	保有資格	医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 (※准看護師は非該当)		
	免許取得年月日	昭和・平成 年 月 日	免許番号	
	喀痰吸引等研修事業(第3号研修)の指導者養成事業修了証明書の有無	有 ( ) 年 度 受 講 ) ・ 無	有る場合、知事の修了証明書番号又は厚生労働省受付番号	第 号

(注)受講希望者は、医師・看護師等に指導者となる旨の承諾を得た上で申し込むこと。  
 ・研修受講が決定した介護職員に係る指導者のうち、指導者養成事業修了証明書を有しない者は、指導者養成研修を受講すること。研修日時に関しては、後日連絡します。

上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
申込者が従事する事業所等の名称	
上記事業所の管理者等氏名	(←自署のこと。)