

令和4年度 川崎市 喀痰吸引等研修申込書

※□には、該当するものに「✓」を入れて下さい。

申込者	氏名		生年月日		保有資格	
	(ふりがな)		(西暦) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1.実務者研修(医療的ケア修了) <input type="checkbox"/> 2.喀痰吸引等研修基本研修 <input type="checkbox"/> 3.特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて	
			性別	年齢		
			男 ・ 女	歳		
	住所				※1, 2は修了した学校名 ()	
	電話 ※受講当日に連絡可能な番号	メールアドレス ※受講当日に連絡可能なアドレス		※保有資格証の写しをご提出ください。		
					@	
	受講優先順位 () 番		※同事業所より複数名申込みの場合、上記()欄へ優先順位をご記入ください。			
希望クラス	第2回					
	<input type="checkbox"/> 通学クラス	<input type="checkbox"/> オンラインクラス	<input type="checkbox"/> 基本研修免除者クラス			
所属施設事業所	法人名		施設・事業所名			
			施設・事業所所在地			
	〒					
	管理者名・施設長名		担当者名(※左記とは別に連絡窓口の方がいる場合はご記入ください)			
	電話番号		メールアドレス ※必ずご記入ください			
			@			
	サービスの種別					
実地研修実施可否	①実地研修は職場でできますか？(原則として受講者の所属法人・事業所等での実施を予定しています)					
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修の実施ができる。		<input type="checkbox"/> 医師または看護師(准看護師を除く)または助産師がいる。 実地研修指導者氏名 () 他 () 名			
	<input type="checkbox"/> 職場で実地研修はできない。ただし、協力先施設等で実地研修の実施協力を取り付けている。 協力先名 ()		<input type="checkbox"/> 上記指導者は、医療的ケア教員講習会等の指導者講習を修了している			
	<input type="checkbox"/> 実地研修可能(実施予定)行為 ※○をお付けください。(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内・胃ろう・経鼻経管)		<input type="checkbox"/> 職場で実地研修はできない。協力先施設等もない。			
	②登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)ですか？					
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 登録事業者ではないが、本事業を経て事業者登録を予定している。				
<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 特に登録事業者になる予定はない。				
希望の研修及び利用者の状況	③希望の行為					
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引		<input 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 type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養		<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養			
	④現在の職場でどの特定行為が必要か、利用者数も併せて記載してください。					
	行為の種類(喀痰吸引)		利用者数		うち、人工呼吸器装着者	
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引		名		名	
<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引		名		名		
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引		名		名		
行為の種類(経管栄養)		利用者数		うち、半固形栄養剤		
<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養		名		名		
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		名				
認定状況	⑤現在、あなた(受講者)は認定特定行為業務従事者の認定を受けていますか？					
	<input type="checkbox"/> 特定 (対象行為 ())					
	<input type="checkbox"/> 不特定 (対象行為 ())					
<input type="checkbox"/> 受けていない						
⑥職場に認定特定行為業務従事者はいますか？						
<input type="checkbox"/> はい () 名		<input type="checkbox"/> いいえ				

＜確認事項＞ □にチェックを入れて下さい。

- ① 実地研修に必要な書類の提出が可能である。(※必要書類は募集要領に記載)
- ② 基本研修及び実地研修をスケジュール通りに進めることが可能である。
- ③ その他、募集要領に記載してある内容を理解したうえで申込を行う。

＜提出書類＞ □にチェックを入れて下さい。

- ① 令和4年度 川崎市 喀痰吸引等研修申込書(本用紙)
- ② 受講申込における個人情報取得同意書
- ③ ※基本研修免除者クラスのみ※ 保有資格証の写し

上記の者について、令和4年度たんの吸引等にかかる介護職員等研修の受講に申し込みます。

令和4年 月 日

施設・事業所責任者氏名 (ご署名)

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局
 (住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3郵船茅場町ビル2階
 (TEL) 03-6803-5624 (E-mail) St.kenshu@home.misawa.co.jp

弊社記入	申し込み	受講可否通知	入金	テキスト発送	修了証発行	受講番号
	✓ / ✓	✓ / ✓	✓ / ✓	✓ / ✓	✓ / ✓	

セントカレッジ受講申込における個人情報取得同意書

セントスタッフ株式会社(以下、「当社」)は、セントカレッジ受講申込の際、受講申込書により貴殿に関する個人情報を取得することになりますが、その取得した個人情報の取り扱いについて、次のように管理し、保護に努めて参ります。つきましては、本内容をご理解頂き、ご同意の上でご提出頂きますよう、お願い申し上げます。

1 組織の名称について

セントスタッフ株式会社

2 個人情報保護管理者について

個人情報保護管理責任者

(住 所) 東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号 郵船茅場町ビル2F

(電 話) 03-6803-5621 (メール) st_info@home.misawa.co.jp

3 利用目的について

当社によるセントカレッジ運営における管理資料として利用するものとし、その他の目的には一切使用いたしません。

4 個人情報の第三者提供について

ご提供いただいた個人情報は、第三者に個人データを提供することはありません。

5 個人情報の取り扱いの委託について

ご提供いただいた個人情報は、利用目的達成に必要な範囲内において、第三者へ個人情報を委託する場合があります。その場合は、個人情報保護体制が整備された委託先を選定いたします。

6 個人情報の開示等について

個人情報の開示請求等(利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止または消去、第三者提供の停止、利用または提供の拒否権)のお求めに際しては、ご本人であることを確認した上で対応いたします。

<開示請求等のお問い合わせ窓口>

セントスタッフ株式会社 個人情報保護相談窓口 個人情報保護管理責任者

(住 所) 東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号 郵船茅場町ビル2F

(電 話) 03-6803-5621 (メール) st_info@home.misawa.co.jp

7 情報提供の任意性について

個人情報の提供はご本人の任意になりますが、ご提供いただけない場合には、ご本人に対し実施する対内的または対外的な業務処理を遂行できない場合や、当社がお客様に提供するサービスをご利用になれない場合があります。

8 本件に関するお問い合わせについて

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ運営事務局

(住 所) 東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号 郵船茅場町ビル2F

(電 話) 03-6803-5623 (メール) : st_kenshu@home.misawa.co.jp

セントスタッフ株式会社 代表取締役 片山直樹様
上記内容に同意致します。

年 月 日

ご署名(自筆)

第2回

令和4年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書

〈受講者情報〉

※氏名は正しく記入をお願いします。修了証に記載します。

申込日	年 月 日	研修日：10月17日(月)			
フリガナ					
氏名					
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別		年齢	
看護師資格 取得年月日		看護師取得後 実務経験		年 月	ヶ月
住所	〒				
電話番号 ※		メールアドレス ※		@	

※研修当日に必ず連絡の取れる内容をご記入ください。

〈法人・事業所情報〉

法人名					
事業所種別		事業所名			
管理者名 施設長名		担当者名	※左記とは別に連絡窓口の方がいる場合は記入。		
事業所 住所	〒				
電話番号		メールアドレス		@	

〈確認事項〉

にチェックをお入れください。

- 令和4年度川崎市介護職員にかかるたんの吸引等研修 募集要領内「12. 医療的ケア教員講習会の実施」の記載内容を理解した上で申込みをする。

〈提出書類〉 ※申込時

にチェックをお入れください。

- ① 令和4年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書(本用紙)
 ② 受講申込における個人情報取得同意書
 ③ 看護師免許証の写し

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局

(住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3郵船茅場町ビル2階

(TEL) 03-6803-5623 (E-mail) St_kenshu@home.misawa.co.jp

弊 社 記 入	申し込み	受講可否通知	入金	テキスト発送	修了証発行	受講番号
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	