

令和5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 (ふりがな) | | 生年月日 年 月 日 | | 基本研修免除要件 <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.養成施設もしくは学校において医療的ケア(基本研修)の科目を履修 <input type="checkbox"/> 4.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 ※1, 2, 3は修了した学校名 () ※上記の証明書の写しをご提出ください。 |
| | 性別 | | 年齢 | | |
| | 男 ・ 女 | | 歳 | | |
| | 住所 | | | | |
| | 〒 | | | | |
| | 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 | | |
| 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 | <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"/> 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"/> 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"/> 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。 | | | | |
| 希望の研修及び 利用者の状況 | 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。 | | | | |
| | 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(滴下・半固形) <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: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内・胃ろう・経鼻経管) <input type="checkbox"/> 不特定 (対象行為: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内・胃ろう・経鼻経管) <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5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5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5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 JP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 | |
| | / / | / / | / / | / / | / / | | |