

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業
「特定の者対象研修」（第三号研修）受講申込書

平成29年 月 日

法人名 _____

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

事業所郵便番号	〒 -	事業所住所		
事業所電話番号	()	事業所番号	介護	障害
FAX番号	()	担当者名		

ふりがな氏名		男・女 (どちらかに○)	生年月日 S・H 年 月 日 ()歳
連絡先	※日中連絡できる連絡先の電話番号を記載		
提供している事業種別 該当するものに○	1. 介護サービス事業 (訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所介護 夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護) 2. 障害福祉サービス事業 (居宅介護、重度訪問介護) 3. 上記1, 2を兼務 4. その他 ()		
担当することが想定される医療的ケアを必要とする人の数 (申込日現在)	①喀痰吸引	人	合計人数： 実人数 人 延べ人数(①+②) 人
	②経管栄養	人	
上記の人は訪問看護ステーションや医療機関による訪問看護・訪問診療を受けているか	受けている ・ 受けていない (訪問看護ST名:)		
研修申込時点で実地研修の指導を行える指導者講習会等受講済の指導看護師等がいるか	いる ・ いない いない場合：看護師等の講習受講予定時期 (年 月)		
※ 基本研修終了後、利用者宅で実地研修を受講する必要があります。 <u>実地研修では、当該対象者に対し日頃から連携を図っている訪問看護ステーションや医療機関の看護師等に、岡山県が実施する指導者講習会等を受講した上で指導を行っていただく必要があります。</u>			
保有資格・免許	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修課程修了者 3. 実務者研修修了者 4. (訪問)介護員養成研修 _____級課程修了者 5. 介護職員初任者研修修了者 6. その他 () 7. 資格・免許なし ※ 医療・教育・福祉系の資格・免許を記入		
経験年数	実務経験年数 ()年 ()か月		
認定特定行為業務従事者(経過措置)の認定証の有無	有 ・ 無		

- * 複数の事業所で勤務し、それぞれで喀痰吸引等の行為を担当する必要がある場合は、勤務時間の長い事業所から申請してください。
- * 募集要項及び注意事項をよく確認の上、全ての項目に記載してください (未記入の項目があると選考対象とできません)。
- * 経験年数は、過去に勤務した事業所等で介護職員等として従事した年数を合算して記入してください。