

喀痰吸引等 第3号研修 受講申込書【受講申込書 1】

ふりがな 氏名			性別	生年月日				
			男 ・ 女	西暦	年	月 日生 () 歳		
受講者の 現住所	〒 —							
連絡先	電話番号（勤務先に居ないときに、連絡が取れる番号をご記入ください。）							
現在の 勤務先	法人名		事業所名					
	所在地 〒 —							
	TEL		FAX		E-mail			
経験年数	現在の勤務先における勤務年数 年 カ月							
	福祉職場の勤務経験年数 総計 年 カ月							
取得資格 など	↓ 該当資格に○をつけて、取得年月日等を記入してください。							
	介護福祉士				取得年月日			
	その他の資格（現勤務先での職種に関わる資格）				取得年月日			
	喀痰吸引等研修受講歴 （ 第一号研修 ・ 第二号研修 ・ 第三号研修 ）				修了証発行年月日 ※修了証明書の写しを添付			
	認定特定行為業務従事者 （ 第一号研修 ・ 第二号研修 ・ 第三号研修 ）				登録年月日 ※認定証の写しを添付			
実地研修 対象者	対象者氏名	対象者が必要な医療行為 ※1						※2
		喀痰等吸引				経管栄養		豊田市在住 ですか？
	口腔	鼻腔	気管	人工呼吸器	胃瘻	腸瘻	経鼻	
				有 / 無				はい ・ いいえ
				有 / 無				はい ・ いいえ
				有 / 無				はい ・ いいえ
※1 該当する行為に○を付けて下さい。 ※2 対象者は市内在住の方に限定しています。								
受講料	該当する項目一つに○を付けて下さい ※基本研修免除の方は証明書等の写しが必要です							
	A : 基本研修(800 円) + 暖の看護師から実地研修受講(対象者数×1200 円)							
	B : 基本研修(800 円) + 就業先事業所の看護師から実地研修受講 (0 円)							
	C : 暖の看護師から実地研修のみ受講【基本研修免除】(対象者数×1200 円)							
D : 就業先事業所の看護師から実地研修のみ受講【基本研修免除】(0 円)								

喀痰吸引等 第3号研修 受講申込書【受講申込書 2-1】

実地研修に係る確認書（暖の看護師から実地研修を受ける場合）

受講者氏名 _____

該当事項に○を記入、非該当事項には×を記入

要件		○×
1	対象者本人とその家族は、実地研修の実施を承諾している。	
2	対象者本人と、事業所の看護師もしくは対象者の家族が、実地研修場所に来ることができ、実地研修に同席し協力できる。	
3	実地研修場所までの対象者本人等の移動について、事業所の責任で実施できる。	
4	対象者の痰の吸引および経管栄養について、事業所の嘱託医または対象者の主治医に研修用指示書を書いてもらうことができる。	
5	事業所の責任に於いて、介護職員等による喀痰吸引等を安全に実施する体制がある。もしくは体制を整えている段階である。	
6	登録特定行為事業者の登録基準である以下の要件を整えている。	
	ア. 喀痰吸引等の実施に際し、医師からの文書による指示を受ける	
	イ. 利用者の状態について、医師、看護職員が定期的に確認する	
	ウ. 医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報連携を図っている	
	エ. 医療従事者との連携の下、利用者ごとに喀痰吸引等計画書を作成する	
	オ. 喀痰吸引等実施報告書を作成し、担当医師に提出する	
	カ. 緊急時における医療従事者との連絡方法が定めている	
	キ. 安全委員会の設置を規定している	
	ク. 安全確保のための研修体制を確保している	
	ケ. 喀痰吸引等の実施のために必要な備品を備えている	
	コ. 衛生面を考慮した備品の管理方法を規定している	
	サ. 感染症の予防、発生時の対応方法を規定している	
	シ. 喀痰吸引等の実施に対する説明と同意の手順を規定している	
	ス. 業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置について規定している	

上記の記入内容に間違いのないことを証明します。

法人名 _____

事業所名 _____

事業所在地 _____

施設長名 _____ 印

喀痰吸引等 第3号研修 受講申込書【受講申込書 2-2】

実地研修に係る確認書（就業先事業所の看護師から実地研修を受ける場合）

受講者氏名 _____

該当事項に○を記入、非該当事項には×を記入

要件		○×
1	対象者本人とその家族は、実地研修の実施を承諾している。	
2	事業所に看護師の配置があり、その看護師は基本研修の演習の指導協力ができる。 また、必要に応じて「暖」に出向くことができ、研修事業運営に協力できる。	
3	実地研修にかかる費用、事故対応等について、事業所の責任で実施できる。	
4	対象者の痰の吸引および経管栄養について、事業所の嘱託医または対象者の主治医に研修用指示書を書いてもらうことができる。	
5	事業所の責任に於いて、介護職員等による喀痰吸引等を安全に実施する体制がある。 もしくは体制を整えている段階である。	
6	登録特定行為事業者の登録基準である以下の要件を整えている。	
	ア. 喀痰吸引等の実施に際し、医師からの文書による指示を受ける	
	イ. 利用者の状態について、医師、看護職員が定期的に確認する	
	ウ. 医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報連携を図っている	
	エ. 医療従事者との連携の下、利用者ごとに喀痰吸引等計画書を作成する	
	オ. 喀痰吸引等実施報告書を作成し、担当医師に提出する	
	カ. 緊急時における医療従事者との連絡方法が定めている	
	キ. 安全委員会の設置を規定している	
	ク. 安全確保のための研修体制を確保している	
	ケ. 喀痰吸引等の実施のために必要な備品を備えている	
	コ. 衛生面を考慮した備品の管理方法を規定している	
	サ. 感染症の予防、発生時の対応方法を規定している	
	シ. 喀痰吸引等の実施に対する説明と同意の手順を規定している	
	ス. 業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置について規定している	

上記の記入内容に間違いのないことを証明します。

法人名 _____

事業所名 _____

事業所在地 _____

施設長名 _____ 印