

様式⑤

平成30年度 たん吸引等研修(第1号及び第2号研修)
基本研修(全課程・一部)免除申請及び実地研修受講申込書

平成 年 月 日

青藍会 たん吸引等研修センター 様

(受講を申し込む施設・事業所)

住 所	〒		
施設・事業所の名称			
施設・事業所の種別			
施設・事業所の長 (職・氏名)	⑩		
運営主体の名称			
担当者	職・氏名		
	連絡先	TEL	FAX

※「施設・事業所の種別」には、特別養護老人ホーム、老人保健施設、訪問介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、有料老人ホーム、障がい者支援施設、特別支援学校などと記入してください。

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。

次の職員について、標題の研修実施要綱 2.3)により基本研修(全課程・一部)の免除を申請し、実地研修の受講を申し込みます。 ※該当の免除範囲に○を付けてください。

記

1 研修受講申込者

研修受講申込者氏名①	性別	生年月日	*申込研修番号・種別
	男・女	昭和・平成 年 月 日	

研修受講申込者氏名②	性別	生年月日	*申込研修番号・種別
	男・女	昭和・平成 年 月 日	

研修受講申込者氏名③	性別	生年月日	*申込研修番号・種別
	男・女	昭和・平成 年 月 日	

※基本研修全課程修了の場合も、デモンストレーション及び演習等の受講が必須となります。

* 申込研修番号・種別

A-① : 第一回. 第一号研修の実地研修

B-① : 第二回. 第一号研修の実地研修

A-② : 第一回. 第二号研修(3行為)

B-② : 第二回. 第二号研修(3行為)

A-③ : 第一回. 第二号研修(1行為)

B-③ : 第二回. 第二号研修(1行為)

* 第二号研修の受講希望の行為種別について、下記より選択して記号を追記してください。

A. 口腔内吸引

I. 鼻腔内吸引

ウ. 気管カニューレ内部の吸引

工. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

オ. 経鼻経管栄養

2 受講修了した研修について、以下に記載してください

(1) 修了した研修の名称	
(2) 研修の開催日時	
(3) 研修の場所	

3 実地研修の実施予定施設・事業所

実地研修は、研修受講者が就業している施設・事業所内の実施が原則となります。
やむを得ない場合に限り、他の施設・事業所にて実施することが可能です。

実地研修の実施先を次の(1)(2)の該当欄に○印を付してください。

	(1) 受講申込者が就業している施設・事業所で実施研修を実施する。
	(2) 受講申込者が就業している施設・事業所以外で実施研修を実施する。

※ 実地研修指導講師になるために必要な指導者講習を受講していることが必要です。

実施先の(2)に「○」を付けた方は、内諾を得ている施設・事業所を以下に記載してください

実地研修内諾先の住所	〒		
実地研修内諾先の名称			
連絡先	担当者氏名		
	連絡先	TEL	FAX

※ 実地研修を実施できる医療機関は、「介護療養病床」及び「重症心身障がい児(者)施設」に限ります。療養病棟等の「医療療養病棟」及び障がい者病棟等の「一般病棟」は、実地研修機関の対象外です。

4 添付書類

- 1) 受講者調書 (様式②)
- 2) 実地研修先確認書 (様式③)
- 3) 実地研修実施機関承諾書 (様式④)
- 4) 証明書等の写し (免除内容を確認する資料)
- 5) 修了の研修プログラム〔研修日時及び研修プログラムがわかる資料〕