

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者）受講申込書

平成 年 月 日

自立生活センター北見
代表 渡部 哲也 様

(受講を申し込む事業所・施設)

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

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。訪問介護事業所等の居宅系の事業所の「施設・事業所の長」は、当該事業所の管理者になります。

平成 24 年 4 月 1 日に施行された改正後の社会福祉士及び介護福祉士法附則第 4 条第 2 項の規定に基づき、当事業所・施設に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として北海道知事の認定を受けたいので、次のとおり当該介護職員等の受講を申し込みます。

記

1 受講申込者

氏名			基本研修受講選択	
(ふりがな)			経管栄養に関する講義・演習のみ受講	
性別	女性 ・ 男性	生年月日	年 月 日	(年齢: 歳)
住所	(〒 -)			
	電話番号 () -			

※ これまで実質的違法性阻却で認められていた「喀痰吸引」を修得している方については、基本研修のうち、経管栄養に関する講義（3時間）と演習（1時間）のみの受講を選択することができますので、該当する方は「基本研修受講選択」欄に○印を付けてください。

2 特定の利用者（重度障害者）の氏名等

(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
実地研修で行う医行為の種類	<input type="checkbox"/>	①口腔内の喀痰吸引（通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	②鼻腔内の喀痰吸引（通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	③気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順又は侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合又は半固形型栄養剤の場合）	
	<input type="checkbox"/>	⑤経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）	

※ 実地研修で行う医行為の種類に○印を付けてください。

3 基本研修（現場演習）及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師

所属		氏名	免許の種類
北見情報ビジネス専門学校		田中 千鶴	医師・保健師・助産師・ <input checked="" type="checkbox"/> 看護師
担当研修	<input checked="" type="checkbox"/> 基本研修（現場演習） ・ 実地研修 ・ いずれも実施		
所属		氏名	免許の種類
			医師・保健師・助産師・看護師
担当研修	基本研修（現場演習） ・ 実地研修 ・ いずれも実施		

※ 「免許の種類」欄の該当する資格に○を付してください。

※ 基本研修（現場演習）及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師（准看護師は除く。）は、平成 23 年度に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成 23 年 9 月 14 日障発 0914 第 2 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）による指導者養成事業（自己学習）を修了していることが必要です。

指導者養成事業（自己学習）を修了していない場合には、「平成 24 年度介護職員等のたん吸引等研修指導者養成講習（自己学習）実施要綱」により受講の申込をしてください。