**様式5号**

**介護職員などによるたん吸引等の実施のための第3号研修（特定の者対象）**

**受講申込書**

提出日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | 男 | | | 生 年 月 日 | | | |
|  | | | 女 | | | S/H　　 年　 　月　　 日（　 　）歳 | | | |
| 本人連絡先 | 住　所 | (〒 - ) | | | | | | | | |
| 自宅電話 | ( ) - | | | | | 携帯電話 | | - - | |
| 現在の勤務先 | 事業所名 |  | | | | | 種別 | | 1. 訪問介護（介護保険法） 2. 重度訪問（総合支援法） 3. その他 | |
| 所在地 | (〒 - ) | | | | | | | | |
| TEL | ( ) - | | | | | FAX | | ( ) - | |
| 保有資格 | | ※医療・福祉・教育系の資格を記入する | | | | | | | | |
| 経験年数 | | 実務経験　　　　 　　　（　　 ）年（　　 ）ヵ月 | | | | | | | | |
| たん吸引経験年数　　（　 　）年（　　 ）ヵ月 | | | | | | | | |
| 特定の対象者  に関する基本情報 | ふりがな | |  | | | | | 年齢 | | 歳 |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 住　所：(〒 - ) | | | | | | | | | |
| TEL | | ( ) - | | | | | FAX | | ( ) - |
| 主病名 | |  | | | | | | | |
| 主治医・医療機関 | | 主治医 | | |  | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | |
| 訪問看護ステーション名 | | □ | | 要相談(研修機関の指導看護師が実地指導する) | | | | | |
| □ | | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

**裏　面へ**

**様式5－２**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の  ケアの種類  （該当するものに  チェックする） | 項　目 | 内　容 | 備　考 | |
| □ | 口腔内の吸引 | （口鼻吸引人工呼吸器） | |
| □あり | □なし |
| □ | 鼻腔内の吸引 | （口鼻吸引人工呼吸器） | |
| □あり | □なし |
| □ | 気管カニューレ内部の吸引 | 人工呼吸器 | |
| □あり | □なし |
| □ | 胃ろうによる経管栄養 | 栄養形態 | |
| □液体 | □半固形 |
| □ | 腸ろうによる経管栄養 | 栄養形態 | |
| □液体 | □半固形 |
| □ | 経鼻経管栄養 | 栄養形態 | |
| □液体 | □半固形 |
| 受講希望研修  （該当するものに  チェックする） | 項　目 | 研修内容 | | |
| □ | 基本研修のみ |  | |
| □ | 基本研修 | 実地研修 |  |
| □ | 基本研修 | 経管栄養限定 |  |
| □ | 基本研修 | 経管栄養 | 実地研修 |
| □ | 実地研修のみ |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所確認欄 | |
| 上記の者を「介護職員などによるたん吸引等の実施のための研修（特定の者対象）」の受講者として申し込みします。 | |
| 日　付：令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 東北福祉カレッジ様 | |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 | 印 |