

<h2 style="margin: 0;">ABCメディカルアカデミー</h2> <p style="margin: 0;">喀痰吸引等行為の個別研修 第3号研修（特定の者）</p>	
事業所名	事業所住所:
【連絡先TEL】	【FAX】
【問合せ担当者名】	
【ご連絡E-mail アドレス（任意）】 @	
<p>1 下記のとおり受講申込みいたします。なお、提出書類の記入事項にあきらかな誤りがあるときは、ご連絡を頂いた上で、当該事項について貴会が加筆修正することに同意致します。</p>	

(1) 申込人数等 ※下記の事項について、ご記入ください。（合計）

申込人数：計 人	協力訪問看護事業所数 ヶ所
----------	---------------

(2) 申込み頂いた介護職員と利用者、指導看護師等派遣事業所の組合せを下記の表にご記入下さい。

	介護職員等の氏名	ご利用者の氏名	テキスト	指導看護師 派遣事業所名	指導看護師 資格	
					有	無
1	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			
2	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			
3	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			
4	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			
5	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			
6	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			
7	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無
			不要			

※テキスト：喀痰吸引等研修テキスト 第三号研修（特定の者対象）

※1枚に記載できない場合は、当様式を必要部数印刷してご使用下さい。

(3) 本紙は介護職員等 1 人につき 1 枚を提出して下さい。

受講者氏名： 性別：男・女 介護職資格：

生年月日：昭和・平成 年 月 日 学校名または所属先

受講者住所 〒

TEL (携帯電話推奨)： 送料発送先 受講生宅 (上記) ご所属事業所

(4) 本人確認書類・・・いずれか 1 点 (写) を提出してください。

- 戸籍謄本 (抄本) 住民票・住民基本台帳カード・マイナンバーカード (顔写真の面のみ)
- 健康保険証 運転免許証 年金手帳 パスポート 在留カード
- 介護福祉士等 **国家資格証明書** (免許証又は登録証)

【重要】下記をお持ちの方は、**基本研修免除(一部)の可能性**があります。

・第三号研修の基本研修修了証：登録研修機関発行
・重度訪問介護従業者「統合課程」修了証：登録研修機関発行
・認定特定行為業務 従事者認定証 (経過措置対象者を含む)：都道府県発行
・「ALS患者の在宅療養の支援について」に基づくたんの吸引の実施者
・「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」に基づくたんの吸引の実施者
・「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」に基づくたんの吸引等の実施者

上記、科目免除に該当する研修修了者については、研修受講等を証する書面の写しを併せて提出してください。

(5) 実地研修を予定している利用者の状況

No	利用者の氏名	人工呼吸器装着		本研修で実施予定の利用者に必要な行為					備考
		有	無	(○をつけて下さい)					
1	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう	経鼻経管		
2	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう	経鼻経管		
3	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう	経鼻経管		
4	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう	経鼻経管		
5	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管カニューレ内	胃ろう・腸ろう	経鼻経管		