**喀痰吸引等研修申込書**

**（基本研修修了者用）**

※お申込みにあたり下記の必要書類の内容を確認させて頂いた後、自施設での

　　実地研修開始となりますので、申込書と必要書類を事務局までお送り下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | |
| 施設の住所 |  | | | |
| 連絡担当者名 |  | | ＴＥＬ：　　（　　 ）  ＦＡＸ：　　（　　　） | |
| メールアドレス |  | | | |
| **◎確認事項（自施設での実地研修が原則となります。）** | | | | **実施する行為に○をつけて下さい** |
| 自施設に指導看護師が  いる　・　いない | | 自施設に対象利用者が  いる　・　いない | | 口腔内喀痰吸引 ・ 鼻腔内喀痰吸引  気管カニューレ内喀痰吸引  胃ろう又は腸ろうからの経管栄養（滴下）  胃ろう又は腸ろうからの経管栄養（半固形）  経鼻経管栄養 |
| 実地研修を保険対象とする賠償責任保険に  加入している　・　加入していない | | | |

　※1…ご加入の保険会社へご確認ください。

※受講希望者の氏名等を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職種名 | 参考(有資格等) |
| 氏　　名 | 男・女 |  |  |
| ふりがな |  | | |
| 住　　所 |  | | |
| 生年月日 | （和暦）　　　　年　　　月　　　日　　　　歳 | | |
| ※あてはまるものに✔を入れ、必要事項を記入し、必要書類を添付の上、お申込み下さい。  　□介護福祉士の資格を持っている。  　□養成施設等に入学(受講)し、養成課程の中で学習(研修)し、卒業(演習まで修了)した。  (450時間の実務者研修)  □登録研修機関にて基本研修（講義・演習）までを受講した。   |  | | --- | | 養成校名： | | 添付書類： | | | | |

**―必要書類について―**

「医療的ケア」の科目が修了していることが確認できる書類

　１⃣介護福祉士の資格を持っている方。

　　・『介護福祉士登録証』の写し（平成29年1月以降の合格がわかるもの）

　２⃣養成施設等に入学（受講）し、養成課程の中で学習（研修）し、卒業（演習まで修了）

した方。（450時間の実務者研修）

・『基本研修修了証』の写し（医療的ケア講義50Ｈ、演習時間が明記されたもの）

・『実務者研修修了証』の写し

　　　注）医療的ケア履修、修了の確認が取れない場合、研修日程表やカリキュラムの写し

　　　　　等の提出をお願いすることがあります。

　3⃣登録研修機関にて基本研修（講義・演習）までを受講した方。

　・受講証明書（受講した登録研修機関より発行したもの）

　・基本研修の日程表の写し（講義50Ｈ、演習日程含む）

※人工呼吸器装着者に対する実地研修を行う場合には、事前に事務局まで必ずご相談

　下さい。

※詳細や不明点については、下記までお問い合わせください。

一般社団法人

山形県老人福祉施設協議会事務局

TEL ：023-623-2650

　　　　 MAIL：rousikyo@khaki.plala.or.jp