

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

①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）

②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。

③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