

平成28年度 熊本県喀痰吸引等研修（第1号・第2号研修）

基本研修【B日程】 受講申込書

平成 年 月 日

研修機関長 様

（受講を申し込む施設・事業所等）

住 所

名 称

施設・事業所等の長

㊦

当施設・事業所等は、平成24年4月1日施行の社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条第1項に基づき、登録特定行為事業者として熊本県知事に登録済みまたは登録を受ける予定であるため、下記1の職員について「喀痰吸引等研修（第1号・第2号研修）受講申込者調書（別紙1）」を添えて受講を申し込みます。

記

1. 受講申込者について

優先順位	氏名
1	
2	
3	
4	
5	

2. 実地研修の実施予定について ※いずれかに○を記入してください。

① 今年度は実施しない

⇒ 本研修を修了することはできません。基本研修受講証明書を交付します。

② 実地研修を実施する

⇒ 対象となられる利用者の人数を記入してください。

口腔内のたんの吸引 ※人工呼吸器装着者は除く。	人
鼻腔内のたんの吸引 ※人工呼吸器装着者は除く。	人
気管カニューレ内のたんの吸引 ※人工呼吸器装着者は除く。	人
胃ろう（腸ろう）からの経管栄養 ※半固形化栄養剤の者は除く。	人
経鼻経管栄養	人
実人数	人

### 3. 指導看護師について

No.	氏名	勤務先名	指導者講習 ※
1			
2			
3			

※ 受講済 または 受講予定 の指導者講習について、下記①～⑩のいずれかを記入。

⑨ 以外は修了証明書（写し）を添付すること。

- ① 平成22年度 試行事業指導者講習（厚生労働省主催）
- ② 平成23年度 指導者講習（H23. 10月実施 厚生労働省主催）
- ③ 平成23年度 指導者養成講習（H23. 12月実施 熊本県主催）
- ④ 平成23年度 指導者講習（H24. 7月実施 厚生労働省主催）
- ⑤ 平成24年度 指導者養成講習（H24. 12月実施 熊本県主催）
- ⑥ 平成25年度 指導者養成講習（H26. 2月実施 熊本県主催）
- ⑦ 平成26年度 指導者養成講習（H27. 2月実施 熊本県主催）
- ⑧ 平成27年度 指導者養成講習（H27. 11月実施 熊本県主催）
- ⑨ 平成28年度 指導者養成講習（H28. 11月実施予定 熊本県主催）
- ⑩ 医療的ケア教員講習会（厚生労働省規定の講習会で民間団体実施のもの）

担当者	氏名	
	電話	
	FAX	

## 平成 2 8 年度 熊本県喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号研修）

## 基本研修 受講申込者調書

(ふりがな) 氏 名	( )	性別	男 ・ 女
現住所	〒		
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日生 ( ) 歳		
現在の勤務先	法人名		施設（事業所）名
	所在地	〒	
	T E L	( ) —	F A X ( ) —
	E-mail		
現在の勤務先 (施設等種別) 該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム                      2. 老人保健施設 3. グループホーム                              4. 有料老人ホーム 5. 障がい者（児）施設                      6. 訪問介護事業者 7. その他（具体的に： )		
保有資格 該当するもの全てに ○	1. 介護福祉士    2. ホームヘルパー    3. 介護支援専門員 4. 社会福祉士    5. その他（具体的に )		
職 歴	a. 福祉職場の勤続年数                      ( ) 年 ( ) か月 b. 現在の勤務先における勤続年数                      ( ) 年 ( ) か月		
医行為の経験	1. たん吸引 ( あり ・ なし ) 2. 経管栄養 ( あり ・ なし )		

※ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。