

基本研修免除用

様式⑫

**年度 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
(不特定多数の者対象) 研修受講申込書 (第1号・第2号研修)**

年 月 日

下記の者を介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象）の基本研修免除（実地研修実施のみ）の研修を申込みます。

大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター所長 殿

法人名 _____

施設名 _____

施設長名 _____ 公印

施設住所	〒 _____			
施設電話番号	() _____	施設FAX番号	() _____	
申込担当者名	※実地研修に関する問い合わせ担当の方のお名前をご記入ください。			
問い合わせ先	TEL () _____	FAX () _____	メールアドレス	@ _____

実地研修類型を選択 1号 ・ 2号

貴施設において医療的ケアを必要とする人数（申込日現在） _____ 人 （内訳を下記記載）

<p>①たんの吸引 _____ 人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内 _____ 人 ・鼻腔内 _____ 人 ・気管カニューレ内 _____ 人 <p>※必要な方のみ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非侵襲的人工呼吸療法 _____ 人 ・侵襲的人工呼吸療法 _____ 人 	<p>②経管栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう _____ 人 ⇒うち半固形 _____ 人 ・経鼻経管栄養 _____ 人 <p>*申込時点での出来る限り正確な数値を記入 必須 0人もご記入ください</p>
---	---

上記のうち利用者、家族の同意を得ることのできる方の人数（記入必須）	たんの吸引 _____ 人	経管栄養 _____ 人	人工呼吸器装着者 _____ 人
--	---------------	--------------	------------------

【研修受講を推薦する者】 ↓ 太枠内、修了証記載事項の為、誤りのないように記載すること

ふりがな 氏名		男・女	生	年	月	日	
		昭平	年	月	日	()	歳
自宅住所	〒 _____						
従事している事業種別 該当するものに○	① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 有料老人ホーム ④ 認知症高齢者グループホーム ⑤障がい者（児）施設 ⑥ その他 (_____)						
保有資格・免許			実務経験年数(通算)	() 年 () か月			
大阪府社会福祉協議会会員（施設福祉部）			会員・外		医療的ケアの基本研修修了年		年度