

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)の研修を申し込みます。

大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター所長 宛

法人名 _____

施設名 _____

施設長名 _____ 公印

施設住所	〒 _____			
メールアドレス	_____ @ _____			
	※受講決定・その他の確認事項に使用します(必須)			
施設 問い合わせ先	TEL FAX	() ()	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

【必須】申込時点での出来る限り正確な数値を記入ください(0人もご記入ください) ↓

実地研修類型 (1号・2号) ※どちらかに○	実地研修希望 ※どちらかに○	貴施設において 医療的ケアを 必要とする人数	左記のうち実地研修 に同意が得られる 協力者人数
口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者を除く)	希望・希望なし	人	人
鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者を除く)	希望・希望なし	人	人
気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者を除く)	希望・希望なし	人	人
胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	希望・希望なし	人	人
経鼻経管栄養	希望・希望なし	人	人
※人工呼吸器装着者の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法・ 侵襲的人工呼吸療法)	希望・希望なし	人	人

※人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引の実地研修には「人工呼吸器装着者の演習」履修修了証明が必要です。

【研修受講を推薦する者】 ↓ 修了証記載事項の為、誤りのないように記載ください

フリガナ 氏名			生 年 月 日	
			西 暦	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 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 障がい者(児)施設 <input type="checkbox"/> 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