

介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修（特定の者対象）【第3号研修】

受講申込書（個人単位） ※実地研修申込

申込年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

受講者氏名： _____ 生年月日（和暦）： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(1) 基本研修 受講希望日程

実地研修のみ申し込みのため、なし。

(2) 基本研修免除のための確認

- ・所持している書類にチェックをしてください。
- ・書類のコピーを添付してください。
- ① 介護職員等によるたんの吸引等の実施の為の研修（特定の者対象）基本研修 修了証明書
- ② 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・特定の者対象）※両面をコピー
- ③ 重度訪問介護従事者養成研修（統合課程） 修了証明書

(3) 実地研修を実施予定の利用者の状況

利用者氏名	利用者に必要な行為のうち 本研修で実施予定の行為 <small>(下記の6行為のうち、あてはまるものを○で囲んでください。)</small>						利用者のサービス種別 <small>(あてはまるものを○で 囲んでください。)</small>
	たんの吸引			経管栄養			
(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
	口腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	鼻腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	気管 カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	胃ろう・ 腸ろう (滴下)	胃ろう・ 腸ろう (半固形)	経鼻経管	
(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
	口腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	鼻腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	気管 カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	胃ろう・ 腸ろう (滴下)	胃ろう・ 腸ろう (半固形)	経鼻経管	
(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
	口腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	鼻腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	気管 カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	胃ろう・ 腸ろう (滴下)	胃ろう・ 腸ろう (半固形)	経鼻経管	
(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養			・介護保険法 ・障害者総合支援法
	口腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	鼻腔 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	気管 カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	胃ろう・ 腸ろう (滴下)	胃ろう・ 腸ろう (半固形)	経鼻経管	

※人工呼吸器を使用の場合は□にチェックをしてください

(4) 本人確認の書類 および 介護の資格証

- ・受講者の本人確認書類として下記いずれかのコピーを添付してください。
 自動車運転免許証・住民基本台帳カード(写真付)・マイナンバーカード(写真付)・在留カード・パスポート
 以下は2点必要：戸籍謄本・戸籍抄本・住民票・健康保険証・年金手帳・住基カード(写真無)・マイナンバーカード
- ・(2) 以外の介護の資格証をお持ちの方は、そのコピーも添付してください。