

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

〒 -

住 所：

(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

- ・所持している書類の確認方法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（③の場合は不要です）。

- 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 重度訪問介護従業者養成研修（統合課程） 修了証明書
- ③ 過去申込の際に提出済み

(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) | 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 | ・介護保険法 ・障害者総合支援法 |
| (フリガナ) | 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 | ・介護保険法 ・障害者総合支援法 |
| (フリガナ) | 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 | ・介護保険法 ・障害者総合支援法 |
| (フリガナ) | 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 | ・介護保険法 ・障害者総合支援法 |

※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

- ・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・住民基本台帳カード(写真無)
マイナンバーカード(写真無)