

平成 年 月 日			
(フリガナ) 氏名		男・女	生年月日：昭和・平成 年 月 日
住所			
連絡先	Tel. _____ Fax _____		
所 属	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業所 事業所名： _____ 所在地： _____ 担当業務・経験年数： _____ (年 月)		
	<input type="checkbox"/> 介護福祉サービス事業所 事業所名： _____ 所在地： _____ 担当業務・経験年数： _____ (年 月)		
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に) _____		
申し込み内容	* 裏面「申込項目一覧」に記載願います		
療痰的のケ吸引の等経験医	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (経験年数： 年 月) ・ 喀痰吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用者) ・ 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 半固形 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養)		
資格等	<input type="checkbox"/> 取得済みの資格 (資格証の写しを添付) <input type="checkbox"/> 同一事業所内での優先順位 _____ 名中 _____ 番目		

※受講申込者が定員を超えた場合は、事業所単位で受講者数に制限を設けることとし、受講者の決定は、各事業所が指定した優先順位によります。

【研修申し込みに係る誓約書】

私は、「平成30年度喀痰吸引等研修受講案内」の内容を理解し、同案内の記載事項を遵守したうえで、上記の研修を受講することを誓約します。

平成 年 月 日 申込者氏名 _____

◎ 受講を希望する項目の「希望」の欄に「○」を記載してください。

区分	内容	希望	詳細
基本研修	講義		講義：50時間 筆記試験
	演習		*各項目5回以上 ①口腔内吸引 ②鼻腔内吸引 ③気管カニューレ内部の吸引 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養
	実地研修		①10回以上 ②～⑤20回以上
(該 ・実地含む) 選択項目 演習	非侵襲性人工呼吸器使用者の 喀痰吸引		ア 口腔内吸引 イ 鼻腔内吸引
	侵襲性人工呼吸器使用者の 喀痰吸引		ウ 気管カニューレ内部の吸引
	半固形化栄養剤による経管栄養		エ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
実地研修のみ希望 （該 ・実地含む） 受講を含む）	喀痰吸引		①口腔内吸引
			②鼻腔内吸引
			③気管カニューレ内部の喀痰吸引
	経管栄養		④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
			⑤経鼻経管栄養

* 基本研修は、講義・演習・実地研修 がセットです。

* 「人工呼吸器使用者の喀痰吸引」及び「半固形化栄養剤による経管栄養」の実地研修は、終了までに相当の期間がかかることが見込まれます。お申込みを検討される方は、必ず事前にご連絡願います。