記　載　例

実地研修先へ事前の同意を得てください。

記入しないでください。

希望する回に順位を記入してください。

受講希望する研修種別に○印を付けてください。

指導講師の役割を担うことについて、本人の同意を必ず得てください。

研修申込みに関わる事務担当者を記入してください。

【様式Ⅰ】

平成30年度　社会福祉法人　上越老人福祉協会　喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）

受講申込書

１　受講を希望する研修種別　　　　２　受講希望回（ご希望回に希望順位をお願いします）

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 第一号研修 |
| 　　　　 | 第二号研修 |
| 平成30年度 | 第1回　７月 | 第2回　11月 |
| ② | ① |

３　受講者及び所属先の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　イナホ　ハナコ | 生年月日 | 西暦1980年7月1日 |
| 受講者氏名 | いなほ　花子　　　　　印 | 年　齢 | 34 歳 | 性別 | 男・女 |
| 施設・事業所での経験年数（申込日現在で記入） |  10年　2か月 |
| 受講者住所 | 〒943-○○○○　上越市○○町○丁目○番○号 |
| 所属施設・事業所 | 設置主体 | 社会福祉法人上越老人福祉協会 | サービス種別 | 特別養護老人ホーム |
| 名　称 | 特別養護老人ホームいなほ園 |
| 住　所 | 〒943-0101　上越市上真砂21番地 |
| 連絡先 | (TEL)　025-○○○-△△△△ | 利用者の状況（申込日現在） | 項目 | 対象利用者数 |
|  | (FAX) 025-○○○-△△△△ | 口腔内の喀痰吸引 | ２０人 |
| 研修申込担当者名　　上越　ゆう子 | 鼻腔内の喀痰吸引 | １５人 |
| ４　実地研修先 | 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | １人 |
| 所属する施設・事業所等 |  | 胃ろうによる経管栄養 | １０人 |
| 所属する施設・事業所等以外（下記の空欄に名称を記入） | ○ | 腸ろうによる経管栄養 | ８人 |
| 特別養護老人ホーム　新光園 | 経鼻経管栄養 | ３人 |

５　実地研修の指導講師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | シンコウ　ツキコ | 指導講師所属施設名 | 特別養護老人ホーム新光園 |
| 指導講師氏名 | 新光　月子 | 連絡先電話番号 | 025-545-1531 |
| 私は、喀痰吸引事等研修の実地研修において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。 |
| 研修終了状況 | ○ | 平成22年度以降に県が実施する指導者講習を受講⇒　修了証の写しを添付してください。 |
|  | 医療的ケア教員講習会　　　　　　　　　　　⇒　修了証の写しを添付してください。 |

６　科目の免除に関わる資格・研修

|  |  |
| --- | --- |
|  | 介護福祉士実務者研修①（講義に相当する範囲を全て通信課程で受講した方） |
|  | 介護福祉士実務者研修②（「たんの吸引の実施手順解説」、「経管栄養の実施手順解説」をともに含む科目をスクリーニング形式で受講した方） |
| ○ | 14時間研修（特別養護老人ホームにおける14時間研修を終了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方） |
|  | 基本研修修了者（実地研修のみ受講希望） |

上越老人福祉協会　登録研修機関　使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受講決定　　　・　　受講不決定 | 1. 整理番号　　　　　　　　　②　整理番号
 |