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】

令和２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2９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 | | 35 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） |
| その他 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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 |