

(一社) 日本 ALS 協会岩手県支部介護職員等医療的ケア第 3 号研修 (特定の者対象) 受講申込書

様式 1

※ケア利用者 1 名につき 1 枚ご記入ください。

提出日 西暦 年 月 日

ふりがな			生 年 月 日	
氏名	印 (男・女)		S ・ H 年 月 日 () 歳	
本人連絡先	自宅住所	〒		研修当日自家用車 使用する・使用しない
	自宅電話			携帯番号
現在の勤務先 (種別について は該当するもの 全てに○)	事業所名			種別 ①訪問介護(介護保険) ②重度訪問介護(自立支援法) ③その他()
	所在地	〒		
	電話番号			FAX番号
保有資格	(※医療・教育・福祉系の資格を記入)			
経験年数	・実務経験年数()年()ヶ月 ・たん吸引経験年数()年()ヶ月			
ケアする特定の 者に関する基本 情報	ふりがな			
	氏名	年齢()歳		
	住所	〒 電話番号:		
	主治医:	医療機関名:		
	訪問看護ステーション	無・有()		
特定行為	チェック欄	行為の区分 (認定の区分)		
口腔内の喀痰吸引(咽頭の手前まで)	<input type="checkbox"/>	通常手順		
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者:口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法		
鼻腔内の喀痰吸引(咽頭の手前まで)	<input type="checkbox"/>	通常手順		
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者:口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法		
気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	通常手順		
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者:侵襲的人工呼吸療法		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤		
	<input type="checkbox"/>	胃ろうによる経管栄養:半固形栄養剤		
経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤		
受講希望研修	<input type="checkbox"/> 基本研修(受講料 15,000 円)		基本研修受講希望回 第 回	
	<input type="checkbox"/> 実地研修:委託費あり(受講料 8,000 円)		実地研修実施予定日 月 日	
<input type="checkbox"/> 実地研修:委託費なし(受講料 3,000 円)				
事業所確認欄				
上記の者を「介護職員等医療的ケア第 3 号研修(特定の者対象)」の受講者として、申し込いたします。				
当事業所は、実地研修にかかる賠償責任保険に加入しています。				
(一社) 日本 ALS 協会岩手県支部 支部長 様		西暦 年 月		
事業所名		代表者名		印

※【研修事務局記入欄】

受講者管理 NO.	書類受理日: 年 月 日 印	入金確認日: 年 月 日 印
-----------	----------------	----------------