**※管理番号：**

**（一社）日本ALS協会岩手県支部**

**介護職員医療的ケア第3号研修（特定の者）受講要件等チェック表**

様式2

**※受講申込書とあわせて送付願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | チェック項目 | 内容 | チェック |
| １ | 勤務する事業所に  ついて | たんの吸引等を行う登録事業者となっていますか？  又は、登録事業者となる予定がありますか？ | □ |
| ２ | 受講者についての  確認 | 今回の研修は「第3号研修（「特定の者」対象）」であることを  ご理解いただいていますか？ | □ |
| ３ | 利用者について | 医療的ケアを利用者から依頼される予定があり、実地研修の際、  ご協力いただくことに同意が得られますか？ | □ |
| ４ | 医師の指示等 | 実地研修を実施するにあたり、医師の承認・医師の指示（指示書の作成等）が得られますか？ | □ |
| ５ | 指導者について | 実地研修において、指導看護師を確保できますか？  指導予定事業所名：  指導予定担当者名：（未定の場合空欄可）  指導者資格：□取得済　　　　　□取得予定  指導看護師への委託費の支払：　□要　　　　□不要 | □  **レ** |
| 指導者となる予定の方は、医師・看護師（准看護師除く）・保健師・  助産師のいずれかに該当していますか？ | □ |
| ６ | 提出書類 | ①「受講申込書」原本 | □ |
| ②「チェック表」原本 | □ |
| ③「利用者説明書兼同意書」写し | □ |
| ④「指導実施承諾書」原本 | □ |
| ⑤「指導看護師の看護師免許証」写し | □ |
| ⑥「医療的ケアの指示書（研修用）」写し | □ |
| ⑦　基本研修修了者「受講証明書・認定書」写し | □ |

※【研修事務局記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者管理NO. | 書類受理日　　　　　　　年　　　月　　　日　　　印 |

《原本を送付》受講者の所属事業所→日本ALS協会岩手県支部