

※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？<br>又は、登録事業者となる予定がありますか？   | <input type="checkbox"/> |
| 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？  | <input type="checkbox"/> |
| 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？   | <input type="checkbox"/> |
| 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？  | <input type="checkbox"/> |
| 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？<br>指導予定事業所名： _____<br>指導予定担当者名：(未定の場合空欄可) _____<br>指導者資格： <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定<br>指導看護師への委託費の支払： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> |
|               | 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？   | <input type="checkbox"/> |
| 6 提出書類        | ①「受講申込書」原本  | <input type="checkbox"/> |
|               | ②「チェック表」原本  | <input type="checkbox"/> |
|               | ③「利用者説明書兼同意書」写し   | <input type="checkbox"/> |
|               | ④「指導実施承諾書」原本  | <input type="checkbox"/> |
|               | ⑤「指導看護師の看護師免許証」写し   | <input type="checkbox"/> |
|               | ⑥「医療的ケアの指示書(研修用)」写し   | <input type="checkbox"/> |
|               | ⑦ 基本研修修了者「受講証明書・認定書」写し  | <input type="checkbox"/> |

※【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