

※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？	<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？ 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： <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定 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