

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		F A X 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）	☐	通常手順		
	☐	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）	☐	通常手順		
	☐	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	☐	通常手順		
	☐	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	☐	滴下型の液体栄養剤		
	☐	胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤		
経鼻経管栄養	☐	滴下型の液体栄養剤		
受講希望研修	☐ 基本研修（受講料 13,000円）		基本研修受講希望月 月	
	☐ 実地研修：委託費あり（受講料 8,000円）			
	☐ 実地研修：委託費なし（受講料 3,000円）		実地研修実施予定日 月 日	
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。 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
-----------	----------------	----------------