**※管理番号：**

**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） | ☐ | 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）  □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） | 基本研修受講希望月　　　　月 |
| 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 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　《原本を送付》受講者の所属事業所→　日本ALS協会岩手県支部