様式1-2

**ひとてま介護塾　介護職員等医療的ケア第1・2号研修（不特定の者対象）**

**「実地研修」受講申込書**

　　　　　　提出日　西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　 | 生　年　月　日 |
| 受講者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男・女　） | S　・　Ｈ　　　年　　　月　　　日　（　　　　）歳 |
| 保有資格 | （※医療・教育・福祉系の資格を記入） |
| 受講者連絡先 | 自宅住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メール |  |
| 2 | 現在の勤務先 | 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メール |  |
| 3 | 希望の連絡方法いずれか１つに〇印 | （受講確認書兼請求書の送付先）・受講者のメール　　・受講者のFAX　　・事業所のメール　　・事業所のFAX　　　 |
| 4 | 実地研修協力者 | 協力者① | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（居住場所：　　　　　　　　　　）　　　　　 |
| 協力者② | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（居住場所：　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 協力者③ | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（居住場所：　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | 受講希望の特定行為 | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | 受講希望研修 | 実地研修：ケア（　　　　）項目　※かっこ内に5でチェックした項目数を記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | **事業所記載欄**上記の者を「介護職員等医療的ケア第1・2号研修」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。ひとてま介護塾　代表　板垣　園子　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修機関記載欄 | 受講者管理NO. | 書類受理日： | 受講確認送付日： |
| 入金日： | 指導依頼送付日： | 評価票受領日： |
| 実地研修終了日： | 第1・2号研修修了証番号： | 修了証発送日： |