

受講申込書^{*1}

以下の通り、令和4年度 長岡介護福祉専門学校あゆみ 喀痰吸引等研修を申し込みます。

どちらかに☑ してください →	<input type="checkbox"/> 実地研修のみを受講 <input type="checkbox"/> 実施手順解説(3日間のスクーリング) + 実地研修を受講		
ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	年 月 日
自宅住所	〒		
携帯	()	固定電話	()
メールアドレス			
福祉関連の所持資格 (該当するものを☑をつける)		希望研修区分 (☑をつける)	
<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	履修免除の有無 免除区分 ^{*2} <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
テキスト(新版『二訂第2版 介護福祉士養成実務者研修テキスト 第9巻 医療的ケア 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 (医療的ケアDVD付き)』長寿社会開発センター2,420円 (税込) 購入について <input type="checkbox"/> 事前に自身で用意する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入する。			
通学方法	<input type="checkbox"/> 自家用車(車名: _____ ナンバー: _____) <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 実地研修のみを受講につき、通学しない <input type="checkbox"/> その他 ()		

《申込者の勤務先について》

法人名	
勤務先名称	
勤務先住所	〒
勤務先電話番号	電話: ()

※注意事項

- *1 必要事項を記入し、様式1-2・様式1-3も記入し、提出して下さい。
- *2 履修免除の希望がある方は、履修証明書の写しを同封ください。(詳しくは裏面参照)

《資料等(受講票・受講の手引き等)送付先について》

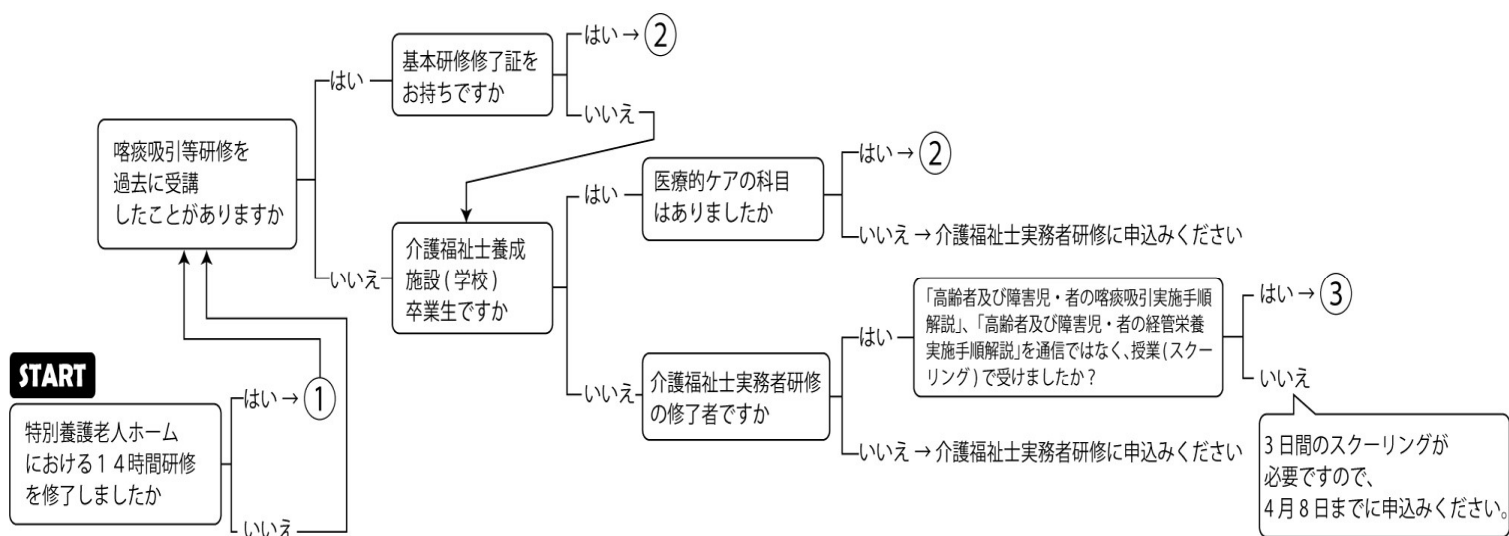
資料等の送付先	<input type="checkbox"/> 受講生個人住所宛て <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所宛て
---------	--

《受講決定した際の受講料等の請求先について》

請求書の送付先	<input type="checkbox"/> 受講生個人住所宛て <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所宛て
請求書の宛名	<input type="checkbox"/> 受講生個人名 <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所名

受講申込書(裏面)

免除区分



- ① 特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っている方。
- ② 喀痰吸引等研修の基本研修を修了した方。介護福祉士養成校で医療的ケアの講義を受けた方。
- ③ 介護福祉士実務者研修の医療的ケア(「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」、「高齢者及び障害時・者の経管栄養実施手順解説」、「演習」)をスクーリングで修了した方。

注意 (実地研修のみを申し込む方へ)：新潟県では医療的ケアの科目について、学科の全てを通信教育で修了した場合、手順解説の科目(16時間)を再度対面授業しなければならない決まりがあります。不明な場合は下記まで問い合わせください。

郵送先・お問い合わせ先

〒940-0034 新潟県長岡市福住1丁目7番21号

長岡介護福祉専門学校あゆみ

担当：仲川・竹内

電話：0258-31-2611 FAX：0258-31-2612

E-mail：study@nagaokasanko.com

お問合せ時間：土曜日・日曜日・祝日を除く平日8：00～17：00

実地研修に係る確認書

受講者氏名 _____

チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/>	確認事項	整備する書類 様式等*
1 利用者の同意		
<input type="checkbox"/>	利用者又は利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下「実地研修協力者」という。）に対して研修の趣旨を説明した上で、実地研修への協力について書面による同意承認を受けること。	別添様式2「喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書」
2 実地研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理		
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等の実施に際し、実地研修協力者ごとに、医師から文書による指示を受けること。	別添様式34「介護職員等喀痰吸引等指示書」
<input type="checkbox"/>	医師の指示書に基づき、医療従事者との連携の下、実地研修協力者ごとの「喀痰吸引等実施計画書」を作成すること。	別添様式1「喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書」
<input type="checkbox"/>	国又は県が実施した「喀痰吸引等指導者講習」を修了した実地研修指導講師の指導の下、実地研修を行うこと。実地研修指導講師は、「実地研修評価票」により介護職員等の評価を行うこと。	—
<input type="checkbox"/>	実地研修協力者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること。医師、看護職員が確認した結果、対応方法等について介護職員等が指導を受けることが文書化されていること。	任意様式
<input type="checkbox"/>	「喀痰吸引等実施報告書」を作成し、担当医師に提出すること。	別添様式3「喀痰吸引等業務(特定行為業務)実施状況報告書」
3 安全管理体制の確保		
<input type="checkbox"/>	関係者からなる「安全委員会」を設置すること（既存の委員会等を活用しても差し支えない）。構成員、役割分担、安全委員会で管理すべき項目及び会議の実施頻度などが文書化されていること。	任意様式
<input type="checkbox"/>	ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、喀痰吸引等の実施体制について、適切に評価、検証を行うこと。	別添様式4「喀痰吸引等業務 ヒヤリハット・アクシデント報告書」
4 事故発生時の対応方法		
<input type="checkbox"/>	事故発生時の対応方法として、関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など、適切かつ必要な緊急措置が整備されていること。	任意様式
<input type="checkbox"/>	事故状況等についての記録・保存方法が文書化されていること。	任意様式
5 感染症の予防、発生時の対応方法		
<input type="checkbox"/>	感染症を予防するための衛生管理方法及び感染症の発生が疑わしい場合の確認方法が文書化されていること。	任意様式
<input type="checkbox"/>	感染症発生時の対応方法及び関係機関への連絡方法が文書化されていること。	任意様式
6 秘密保持措置が規定されていること		
<input type="checkbox"/>	実地研修協力者の秘密保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規定整備がなされていること	任意様式
7 記録の保存		
<input type="checkbox"/>	実地研修の実施状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し、保存できること。	—
8 備品等の整備		
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること	—
*個別の書類を提出する必要はありません。体制を整備した上で、本紙のみ提出してください。施設・事業所で独自の書類・様式を作成・使用しても構いません。		

上記内容に間違いのないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

管理者名

印

実地研修実施機関承諾書

研修課程	1号研修	科目名	「喀痰吸引 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部」 「経管栄養 胃ろう又は腸ろう・経鼻経管」
	2号研修		「喀痰吸引 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部」 「経管栄養 胃ろう又は腸ろう・経鼻経管」

実施事業所の名称							
実施事業所の所在地							
受入責任者							
実施事業所の連絡先		TEL	()				
ふりがな							
受講者氏名						性別	男・女
受講者の生年月日		年		月		日生	
指導看護師	氏名			<input type="checkbox"/> 正看 <input type="checkbox"/> 准看	年	指導者講習	年修了
	氏名			<input type="checkbox"/> 正看 <input type="checkbox"/> 准看	年	指導者講習	年修了
実地研修のあたる利用者数確認事項（申込日時点）							人数
口腔内	必要としている利用者（入所者）は何人いますか。						人
	実地研修への協力が得られる見込みの利用者は（入所者）は何人いますか。						人
鼻腔内	必要としている利用者（入所者）は何人いますか。						人
	実地研修への協力が得られる見込みの利用者は（入所者）は何人いますか。						人
気管カニューレ内部	必要としている利用者（入所者）は何人いますか。						人
	実地研修への協力が得られる見込みの利用者は（入所者）は何人いますか。						人
胃ろう又は腸ろう	必要としている利用者（入所者）は何人いますか。						人
	実地研修への協力が得られる見込みの利用者は（入所者）は何人いますか。						人
経鼻経管栄養	必要としている利用者（入所者）は何人いますか。						人
	実地研修への協力が得られる見込みの利用者は（入所者）は何人いますか。						人
その他特記事項							
<p>① 長岡介護福祉専門学校あゆみが実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、研修受講者の実地研修の受け入れを承諾し、上記相違ないことを証明します。</p> <p>② 実地研修に関する修得程度の審査等については「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一及び第二号研修の修得程度の審査方法」に基づいて公平・中立に責任を持って実地・監督・評価することを承諾いたします。</p> <p>③ 受講決定の際には実地研修受け入れについて委託契約を結びます。</p> <p>添付資料 ・「実地研修に係る確認書」（様式1-2） ・指導講師の看護師免許の写し及び喀痰吸引等指導者講習修了証明書(写し)</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">法人所在地</p> <p style="text-align: center;">法人名</p> <p style="text-align: center;">代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

↓宛名ラベルとして、切り取ってのりで貼り付けてご利用ください
(もちろん、使用せずに封筒に手書きでも構いません)

〒940-0034

新潟県長岡市福住1丁目7番21号
長岡介護福祉専門学校あゆみ 御中

研修申込書在中

〒940-0034

新潟県長岡市福住1丁目7番21号
長岡介護福祉専門学校あゆみ 御中

研修申込書在中

〒940-0034

新潟県長岡市福住1丁目7番21号
長岡介護福祉専門学校あゆみ 御中

研修申込書在中