|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 福島県社会福祉協議会 介護実習・普及センター 行  ＦＡＸ：０２４３－６２－４６３３  **＜申込期限＞　令和４年５月３１日（火）** |  | 受信  確認印 |  | ※確認印は受講決定を確約するものではありません。 |

**【様式１】**

**令和４年度福島県喀痰吸引等基本研修（不特定多数の者対象）**

**受　講　申　込　書**

**令和４年　　月　　日**

**１．法人／施設・事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 施設・事業所名 |  |
| 施設種別 |  | 施設・事業所  代表者職・氏名 |  |

**２．連絡担当者**※本研修全課程の申込みから修了までの窓口担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属施設・  事業所名 | ※上記１と異なる場合のみ記入 | 職名・ |  |
| 連絡先 | 〒 TEL： 　 FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： | | |

**３．受講申込者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者記入欄 | ふりがな  氏　　名 |  | | | 性　別  （性自認） | |  |
|  | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日生 　〔　　　　　〕歳 | | | | | |
| 職種・役職 |  | | 介護業務経験年数  ※Ｒ４.４.１現在 | | 通算　　　　年　　　か月 | |
| 保有資格  ※該当に☑ | □ 介護福祉士  □ 介護職員実務者研修（ヘルパー１級・介護職員基礎研修）  □ 介護職員初任者研修（ヘルパー２級）  □ その他福祉関係資格〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| 施設・事業所記入欄 | ※申込者が複数いる場合の  優先順位 | |  | | | | |
| 登録特定行為事業者の申請状況 | | １．申請済　　　　　　　　　２．申請中  ３．未申請〔理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| 喀痰吸引等を実施する認定証交付済の職員数 | | １．交付済〔　　　　〕人　　　２．申請中〔　　　　〕人  ３．無し | | | | |
| 指導者養成講習修了の指導看護師等の数 | | 〔　　　　〕人 | | | | |

≪注意≫ ・実地研修計画予定書【様式２】を申込者ごとに作成し、本状と一緒にＦＡＸしてください。

・全ての項目に必ず記入し、記入漏れや誤りのないようにお願いします。

**【様式２】**

**令和４年度福島県喀痰吸引等基本研修受講対象者　実地研修（第１号・第２号）**

**実施計画予定書**

福島県社会福祉協議会長　様

法人名

施設・事業所名

代表者職・氏名

次の受講申込者について、下記のとおり実施計画予定書を提出します。

**１．受講申込者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和 ・ 平成  年　　月　　日生 |
|  |

**２．実施場所等**※必ず確保すること

|  |  |
| --- | --- |
| 実地研修場所  ※該当に☑  及び記入 | □ 自所属施設  □ 自法人内の他施設  〔実施予定施設：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕   * 他法人の受入協力施設   〔受入協力法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  〔受入協力施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 主たる指導者養成講習修了の指導看護師等 | 氏　　名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  保有資格〔　医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師　〕　※該当に○  所属施設・事業所〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  役職名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  指導者養成講習等の修了証明書番号〔第　　　　　　　　号〕 |

**３．実施内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当に○ | 内　容 | 行　　為 | 実地研修場所 |
|  | 第１号研修 | ５行為すべて（必須） | 自法人の施設 |
|  | 第２号研修 | 任意の１～４行為 | 自法人の施設 |
|  | 第２号研修 | 任意の１～４行為 | 他法人の施設（受入協力施設約） |

**４．実施対象者**（同意いただける利用者）　※該当に☑及び人数を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 喀痰吸引 | ① 口腔内吸引利用者 | □ | 対象利用者 |  | 人 |
| ② 鼻腔内吸引利用者 | □ |  | 人 |
| ③ 気管カニューレ利用者 | □ |  | 人 |
| 経管栄養 | ④－イ 胃ろう又は腸ろう（滴下）利用者 | □ |  | 人 |
| ④－ロ 胃ろう又は腸ろう（半固形）利用者 | □ |  | 人 |
| ⑤ 経鼻経管栄養利用者 | □ |  | 人 |

≪注意≫ ・受講申込書【様式１】と併せてＦＡＸしてください。

・受講者の選定に必要な内容となりますので、記入漏れや誤りのないようにお願いします。

・対象利用者は各行為とも２人以上必要です。（第１号・第２号は不特定多数の者対象）