

NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会
 平成 31 年度 嗜痰吸引等行為の個別研修 第 3 号研修 (特定の者)
 講座受講申込書

1 本様式のとおり申込みいたします。

事業所名 _____ 事業所住所 _____ 〒 _____

【連絡先 TEL】 _____ 【FAX】 _____ 【問合せ担当者名】 _____

※さくら会による催事、企画等のご案内を希望される事業所様はレ点をお付け下さい→ ※一度登録された方は不要です。

【ご案内 e-mail】 _____ @ _____ (空欄の場合は、FAX でご案内します)

2 下記のとおり受講申込みいたします。なお、提出書類の記入事項にあきらかな誤りがあるときには、ご連絡を頂いた上で、当該事項について貴会が加筆修正することに同意致します。

(1) 申込人数等 ※下記の事項について、ご記入ください。(合計)

申込人数：計 _____ 人	協力訪問看護事業所数 _____ ケ所 (指導看護師派遣事業所数)
----------------	--------------------------------------

申込研修日 ※開催日 1 カ月前より 受理可能です。	/
----------------------------------	---

(2) 申込み頂いた介護職員と利用者、指導看護師派遣事業所の組合せを下記の表にご記入下さい。

※指導看護師資格について

公財)東京都福祉保健財団等で研修を受けていない看護師の場合、当会でも研修可能です。

別紙 (様式 2-1) にてお申込みください (別途有料) ↓

申込者 記入不要	介護職員等の氏名	利用者の氏名	ﾈｯｽﾄ	指導看護師 派遣事業所名	指導看護 師資格		事務局 使用欄	
					有	無	1	2
1 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無	1	2
	-----	-----	不要				3	済
2 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無	1	2
	-----	-----	不要				3	済
3 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無	1	2
	-----	-----	不要				3	済
4 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無	1	2
	-----	-----	不要				3	済
5 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要		有	無	1	2
	-----	-----	不要				3	済

※ﾈｯｽﾄ：介護職員等による嗜痰吸引等の実施のための状態別・疾患別に配慮した研修ﾈｯｽﾄ第 3 号研修 (特定の者)

※ 1 枚に記載できない場合は、当様式を必要部数印刷しご使用下さい。

その場合、2 枚目以降は (2) のみに記載し、1 枚目と併せてホチキス留めをしてご提出下さい。

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大 1 年間保管し、本会で責任をもって処分させていただきます。

※様式 1-1 「受講者申込書」は介護職員等 1 人につき 1 枚を提出して下さい。

受講者氏名 _____ 性別： 男 ・ 女 _____ 介護職資格： _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 学校名または所属先 _____

受講者住所 〒 _____

(2) 基本研修免除のための確認・・・いずれか○をしてください。

1. 基本研修を修了したことを示す書類（実地研修の終了は問いません）、
 又は重度訪問介護従業者 統合課程 の修了証を提出できる
 → 証書の写しとともに (4) に示す本人確認書類を 1 点提出してください。
 注：修了内容によっては、基本研修の受講が必要な場合があります。
2. 都道府県発行 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置対象者を含む）を提出できる
 → 証書の氏名等の個人情報欄、認められた行為の記載面をコピーして提出してください。
 (4) に示す本人確認書類は不要です。
3. 上記いずれも持っていない（基本研修受講対象者）
 → (4) に示す本人確認書類を 1 点提出してください。

(3) 実地研修を実施予定の利用者の状況

No	利用者の氏名	人工呼吸器装着		本研修で実施予定の利用者に必要な行為 (○をつけて下さい)					備考
		有	無	たんの吸引			経管栄養		
1	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻胃管		
2	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻胃管		
3	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻胃管		
4	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻胃管		
5	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
	口腔			鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻胃管		

- (4) 本人確認の書類の提出（コピー可） 平成 25 年度から研修事業実施に係る本人確認の実施をいたします。
 必要に応じ、戸籍謄本（抄本）若しくは、住民票・住民基本台帳カード・在留カード等・
 健康保険証・運転免許証・パスポート・年金手帳、
 国家資格を有する者については、免許証又は登録証のいずれかを添付して下さい。

※ご利用様が 5 名以上の場合は、当様式を必要部数印刷してご使用下さい。
 その場合、2 枚目以降は (3) のみに記載し、1 枚目と併せてホチキス留めをしてご提出下さい。

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大 1 年間保管し、本会で責任をもって処分させていただきます。

(指導看護師派遣事業所記入)

平成 31 年度介護職員等によるたんの吸引等研修
(特定の者対象研修) 指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、(乙)の介護職員等が NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会 (以下「さくら会」という。)) が実施する標記研修において、下記「誓約書」に基づき実地研修を行う際に、指導看護師を派遣し、実地研修の指導及び評価 (評価票作成含む) を行うことを承諾します。

平成 年 月 日

事業所名 _____

(甲) 事業所代表者氏名 _____ 印

事業所住所 _____

添付(必要に応じて) 指導者養成研修申込書 様式2-1

指導・評価する予定の看護師等が、第三号(特定の者)指導者資格を持たない場合

(研修申込事業所等記入)

平成 31 年度介護職員等によるたんの吸引等研修
(特定の者対象研修) 指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書」

当事業所は、標記研修に係る実地研修において、実地研修の指導及び評価を、貴事業所(甲)へお願いするにあたり、以下のことをお約束します。

- 1 実地研修受講者は標記研修の受講決定をされた介護職員等です。
- 2 本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にたんの吸引等をより適切に実施するために、受講するものです。
- 3 本研修の受講申込み及び実習結果の報告においては、協力指導看護師派遣事業所名を特定しなければならないので東京都に報告しますが、それ以外は事業所名が分かることは記載しません。
- 4 実地研修中はもちろん、研修後においても、貴事業所が不利益になることはいたしません。

なお、実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況をさくら会にご報告頂くこと、及びさくら会では、実地研修において一切の責任を負わない旨のご了承をお願いいたします。

平成 年 月 日

事業所等名 _____

(乙) 事業所代表者氏名 _____ 印

注 1 甲 (コピー) 乙 (コピー) とともに 1 通を保管する。

(甲及び乙が押印した本紙 1 枚を乙よりさくら会に送付。原本はさくら会にて保管する。)

注 2 謝金について

本会より、指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に従ってお支払ください。



修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大 1 年間保管し、本会で責任をもって処分させていただきます。

介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修(特定の者対象)
指導者養成研修 申込書

NPO 法人 ALS・MND サポートセンターさくら会 御中

標記研修の受講を申込みます。

申込日	平成 年 月 日	ご担当者名	
※1 所属 事業所名		TEL	
		FAX	
所属事業所 住所 (教材発送先)	〒 ー		
受講者氏名 (看護師等)		修了登録番号 事務局記入	
※欄が足りない 場合は、本紙を コピーしてください。			
※2 関連介護 事業所名	※評価予定の介護職員等が所属する介護事業所名(本会に第三号研修(特定の者)の申込み をしていること(又は予定))		
事務手数料 ご請求先	TEL : <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所等		

お申込み後のながれ

申込書(本紙)提出 → 本会より教材の送付、ご請求書の送付 →
 → 各自教材視聴・アンケート記入 → 本会へ提出 → 事務局にて登録・修了証送付

- ・事務手数料のご確認ができない場合、修了証を発行することができません。ご注意ください。
- ・教材、及び修了証は、訪問看護事業所様宛に発送いたします。
- ・太枠線内 ※1, ※2 が同一事業所である場合、看護師免状等をあわせてご提出ください

注意事項(必ずお読みください)

- ・本会で第三号研修(特定の者)を受講している介護事業所等職員の実地研修の評価を行うことを申込み要件とします。
- ・1回のお申込み(本紙提出)に対し、¥1,000/人の「事務手数料」を申し受けます。
- ・本申込書の有効期限は原則として「申込日」より2か月間です。期限内に受講を終了されなかった方につきましては、自動的に失効となりますのでご了承ください。
- ・本申込書を提出後、受講予定者に変更やキャンセルが生じた場合には、研修センターまでご連絡下さい。有効期限内に限り、受講者の変更等をお受けいたします。(注:理由を問わず、返金は致しかねます)
- ・本申込書は、本会に提出後も控えとして保管してください。また、受講後の受講用教材(DVD)は返却不要です。

(利用者記入)

平成 31 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
(特定の者対象研修) 実地研修「同意書」

私は、① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____

⑤ _____ さんが、標記研修の実地研修として下記の「誓約書」に基づき、指導看護師等の指導のもと、必要な実習を行うことを承諾し、協力します。

平成 年 月 日

住所 _____ 氏名 _____ ⑥

※利用者の意思が確認できない場合等は、家族等がご記入（ご利用者名）、捺印して下さい。

平成 31 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
(特定の者対象) 実地研修「誓約書」

私は、標記研修の実地研修におけるたんの吸引等の実習を、 _____ さんをお願いするにあたり、以下のことをお約束します。
(ご利用者名)

- 1 本研修は、私が今後あなた様にたんの吸引等のケアをより安全に提供するために行うものです。
- 2 実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況を所属事業所に報告いたします。
- 3 本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、個人を特定しなければならないので、あなた様の氏名を東京都に報告しますが、それ以外は個人名が分かることは記載しません。
- 4 実地研修中はもちろん、研修後においても、あなた様に不利益となることはいたしません。

平成 年 月 日

所属事業所名 _____

事業所住所 _____

氏名① _____ ⑦ ② _____ ⑧ ③ _____ ⑨

氏名④ _____ ⑩ ⑤ _____ ⑪

※利用者、受講者、さくら会ともに各1通を保管する。
(受講者は2枚コピーし、原本を利用者に渡し、1通はさくら会へ提出し、1通は受講者が保管する。)

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大1年間保管し、本会で責任をもって処分させていただきます。