

NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会
令和3年度 喀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

事業所名 訪問介護 あかさたな 事業所住所 〒123-4567 東京都渋谷区幡ヶ谷 ●—△△

【連絡先 TEL】 03-33××-×××× 【FAX】 03-33××-×××× 【問合せ担当者名】 杉並梅子

【ご連絡E-mail アドレス (任意)】 _____ @ _____

1 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 2 人	協力訪問看護事業所数 2 ヶ所 (指導看護師派遣事業所数)
------------	----------------------------------

演習・筆記試験 来所予定日	4/15
------------------	------

※事務局が運営上参考とするものであり、
来所をお約束するものではありません。

(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 指導資格がない場合、**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	ご利用者の氏名	テキスト	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 【受講番号】	(フリガナ) カノ ハコ	(フリガナ) サラ タロウ	要	〇〇 医師会 訪問看護ステーション	有	無	1	2
	中野 花子	桜 太郎	不要				3	済
2 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ) リマ ハジメ	要	ABC 訪問看護 ステーション	有	無	1	2
	同上	練馬 一	不要				3	済
3 【受講番号】	(フリガナ) スギナミ ウメ	(フリガナ)	要	同上	有	無	1	2
	杉並 梅子	同上	不要				3	済
4 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要				1	2
			不要					
5 【受講番号】	(フリガナ)	(フリガナ)	要					
			不要				3	済

介護職員等名

ご利用者名

申込介護事業所等より、看護事業所等に
「指導資格の有無」を必ず確認してくだ
さい。
※無資格者による実地研修の評価は
無効です。

※テキスト：喀痰吸引等研修テキスト 第三号研修 (特定の者対象) 2020.1月より改訂

※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 中野 花子 性別: 男・女 介護職資格: ヘルパー2級

生年月日 昭和・平成 45年 1月 11日 学校名または所属先 訪問介護あかさたな

受講者住所 〒164-0011 中野区中央●●●●

TEL (携帯電話推奨) 090 - 1234-5678 テキスト発送先 受講生宅 (上記) ご所属事業所 (様式1記載)

E-mail ○○○@○○○ (〒、住所、mailアドレス) は受講にに関してのみ使用します。

教材発送時、レターパックへの記入や、
研修関係の緊急連絡等に必要です。

(3) 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 (5) 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。
(5) 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)
→ (5) に示す本人確認書類を1点提出してください。

(4) 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
				たんの吸引			経管栄養		
1	(フリガナ) サクラ タロウ 桜 太郎	有	無	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) ネリマ ハジメ 練馬 一	有	無	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	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	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	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻胃管	

(5) 提出する本人確認書類 (写) いずれか1点

- 戸籍謄本 (抄本) 住民票・住民基本台帳カード 健康保険証 運転免許証 パスポート
- 年金手帳 介護福祉士等国家資格証明書 (免許証又は登録証) 在留カード
- その他 _____

添付書類が不鮮明の場合、メールによる画像提出 (写メ) をお願いすることがあります。

提出先: sakura.nkc@gmail.com

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)

令和3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。

令和 ●年 ●月 ●日

事業所名 ABC 訪問看護ステーション

様式1に記載の
看護事業所等が
記入・押印する

事業所代表者氏名 東京 桃子

印

〒 151-00×× 東京都渋谷区笹塚 1-×-××

様式1の指導資格欄!

指導者養成研修申込の要・不要 (○をつけてください) 必要 ・ 不要

⇒「必要」を選択された場合は、指導者養成研修申込書 **様式2-1** を提出してください

(研修申込事業所等記入)

令和3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。

申込み介護事業所等
が記入・押印する

令和 ●年 ●月 ●日

事業所等名 訪問介護あかさたな

(乙) 事業所代表者氏名 豊島 すみれ

印

必ず**原本を郵送**して
ください

注1 甲(コピー)乙(コピー)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。

*本紙は指導資格の受講が必要ない場合は提出不要です

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

【重要】指導者養成研修が終わるまで、実地研修の指導・評価はできません

標記研修の受講を申込みます。

申込日	令和 ●年 ●月 ●日	ご担当者名	東京 桃子
※1 所属事業所名 (訪問看護事業所等)	ABC 訪問看護ステーション	TEL	03-53* *-***
		FAX	03-53* *-***
所属事業所住所 (教材パスワード 発送先)	〒 151-00×× 東京都渋谷区笹塚 1-×-××		
受講者氏名 (看護師等)	事務局記入欄	受講者氏名 (看護師等)	
① 品川 杏子		⑤	
②		⑥	
③		⑦	
④		⑧	
※2 指導予定介護 事業所名	※評価予定の介護職員等が所属する事業所名	指導者派遣事業所名	指導者派遣先
訪問介護 あかさたな		〇〇 医師会 訪問看護ステーション	有 無
担当者名: 杉並梅子		ABC 訪問看護 ステーション	有 無
TEL: 03-33××-××××		同上	有 無
事務手数料 ご請求先	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護事業所等		

様式1で、資格「有」とした場合は、本紙不要です。

様式1のここ

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。
- ・関係書類及び修了証は、受講者(看護師等)が所属する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。

(利用者記入)

令和3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 中野 花子 ② 杉並 梅子 ③ _____ ④ _____

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

原則として、
一度提出した後の加筆は禁止
です。研修する介護職員等が増えた
場合は、新たに取得してください。

**【重要】代筆であっても、
ご利用者本人のお名前で記入します**

令和 ●年 ●月

住所 東京都中野区本町××-〇〇-■ 氏名 練馬 一 (印)
※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。

令和3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、練馬 一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。

令和 ●年 ●月 ●日

所属事業所名 訪問介護 あかさたな

事業所住所 東京都渋谷区幡ヶ谷 ●-△△

氏名① 中野 花子 (印) ② 杉並 梅子 (印) ③ _____ (印)

氏名④ _____ (印) ⑤ _____ (印)

※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。)

※押印・署名等不鮮明の場合、メールによる画像提出(写メ)をお願いすることがあります。

提出先: sakura.nkc@gmail.com

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。