

令和6年度介護職員等のたん吸引等研修

喀痰吸引等研修（第一号及び第二号研修）

**基本研修免除申請・実地研修受講申込書（医療的ケア修了者）**

令和 年 月 日

小清水赤十字病院介護医療院

管理者 伊藤嘉行 様

（受講を申し込む施設・事業所）

|           |      |  |
|-----------|------|--|
| 住所        | 〒    |  |
| 施設・事業所の名称 |      |  |
| 施設・事業所の種別 |      |  |
| 施設・事業所の長  |      |  |
| 担当者       | 職・氏名 |  |
|           | 連絡先  |  |

※ 「施設・事業所の種別」には、特別養護老人ホーム、老人保健施設、訪問介護事業所、有料老人ホーム、障害者支援施設、特別支援学校などと記入してください。

※ 施設・事業所単位で申込みしてください。訪問介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所の「施設・事業所の長」は、当該事業所の管理者になります。

当施設・事業所に就職している、次の介護職員等について、基本研修の全課程を修了していますので、表題の研修の基本研修の免除を申請します。

1 基本研修受講免除申請申込者

| 氏名                |   | 生年月日 |     |
|-------------------|---|------|-----|
|                   |   | 年    | 月 日 |
| 修了した項目に○印をつけてください | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 養成校（福祉学校卒業 ・ 実務者研修終了者）</li> <li>・ 北海道社協研修（ 修了年度 年度）</li> <li>・ 小清水赤十字病院介護医療院研修（修了年度 年度）</li> </ul> |      |     |
| 卒業年月日             |   | 養成校名 |     |
| 年 月 日             |   |      |     |

2 施設・事業所における喀痰吸引等のケアが必要な入所者・利用者の状況

※申込み日時点

| 行為の種別 |           | 利用者数 | 個別演習科目対象者の利用者数 | 個別演習希望有無 |       |
|-------|-----------|------|----------------|----------|-------|
| 喀痰吸引  | ①口腔内      | 人    | 非侵襲的人工呼吸療法 人   | 希望する     | 希望しない |
|       | ②鼻腔内      | 人    | 非侵襲的人工呼吸療法 人   | 希望する     | 希望しない |
|       | ③気管カニューレ  | 人    | 侵襲的人工呼吸療法 人    | 希望する     | 希望しない |
| 経管栄養  | ④胃ろう又は腸ろう | 人    | 半固形栄養剤 人       | 希望する     | 希望しない |
|       | ⑤経鼻       | 人    |                |          |       |

3 実地研修の指導に当たる実地研修指導講師

| 講師氏名 | 指導者講習修了証の番号 | 修了証の交付団体 |
|------|-------------|----------|
|      |             |          |
|      |             |          |
|      |             |          |
|      |             |          |

4 添付書類

(1) 養成校で医療的ケアを修了した者は「実務者研修終了書」または「基本研修終了証明書」の写し

(2) 様式11 指導看護師調書及び承諾書