（別紙様式１）

「介護職員等のたん吸引等フォロ―アップ研修」受講申込書

申込日（令和　　年　　月　　　日）

**１　受講申込者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名 |  | | 性別 | 男 ・ 女  （○で囲んでください） |
|  | |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳）  （○で囲んでください） | | | |
| 勤務先での  職　　　種 | 1. 介護福祉士　　②　介護職員又は介護従事者　　 ③　訪問介護員   ④　特別支援学校の教員　　　⑤　保育士　　⑥その他（ ）  ※　該当する職種に○をつけてください。「その他」の場合は、（　）内に具体的な職種を記載してください。 | | | |
| 取得認定証 | ※　取得した認定証に〇をつけてください。  ※　「第２号」の方は、取得した行為に〇をつけてください。  ※　「第３号」の方は、取得した行為及び手順に〇をつけてください。  ◆第１号(不特定)  ◆第２号(不特定）  【①口腔内の喀痰吸引（通常・人工呼吸療法）　②鼻腔内の喀痰吸引（通常・　　　人工呼吸療法）　③気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常・人工呼吸療法）  　　④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下・半固形）　⑤経鼻経管栄養】  ◆第３号(特定)  【①口腔内の喀痰吸引（通常・人工呼吸療法）　②鼻腔内の喀痰吸引（通常・　　　人工呼吸療法）　③気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常・人工呼吸療法）  　　④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下・半固形）　⑤経鼻経管栄養】 | | | |
| 認定証取得の基本研修を受講した研修機関名 | |  | | |

**２　連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所の名称 | |  |
| 施設・事業所の種別（※） | |  |
| 運営主体の名称 | |  |
| 申込担当者 | 職・氏名 |  |
| 住　　所 | （〒 - ） |
| 連絡先 | TEL FAX |

※　「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、認知症対応型共同生活介護事業所、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。

**３　受講希望日程**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受講希望日程を、○で囲んでください | **札幌市【第1回】**  **令7年8月8日（金）** | **札幌市【第2回】**  **令和7年12月5日（金）** | **旭川市**  **令和7年7月8日（火）** |
|  |  |  |
| 申込締切日 | 令和7年7月4日（金） | 令和7年10月31日（金） | 令和7年6月13日（金） |

**■研修開催の参考としますので、下記の内容にお答えください。**

（１）あなたは認定証取得後、喀痰吸引等を実施しましたか。

　　　※　該当する番号に○をつけてください。

　　　①　実施した

　　　②　実施していない

**◎**　「①　実施した」に○をつけた方は、これまで行った実施回数をお答えください。

　　　※　該当する記号に○をつけてください。

　　　　・実施回数…………　ア　　１回以上～１０回未満

　　　　　　　　　　　　　　イ　１０回以上～２０回未満

　　　　　　　　　　　　　　ウ　２０回以上～３０回未満

　　　　　　　　　　　　　　エ　３０回以上～４０回未満

　　　　　　　　　　　　　　オ　４０回以上

（２）あなたがこの研修で、特に学びたい医療的ケアを教えてください。

　　　※　希望の高い順に、１番から３番までの数字を（　　）内にご記入ください。

　　　　　（　　）口腔内・鼻腔内吸引　　（　　）気管カニューレ内吸引

　　　　　（　　）胃ろう・腸ろう　　　　（　　）経鼻経管栄養

（３）喀痰吸引等を実施する際に、不安に感じていることや疑問点、質問事項等があればご記入ください。

※　この受講申込書の個人情報は、本研修事業を行うために必要な範囲内でのみ使用し、他の目的には一切使用しません。

※　申し込みの際は、「認定行為業務従事者認定証」の写しを必ず添付してください。