（様式１）

**介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修**

**（第三号研修・特定の者対象）実地研修受講申込書**

社会福祉法人こうほうえん

理事長　廣江　　晃　様

事業所等名

管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者を、標記研修（実地研修）の受講者として推薦し、受講の申込みをします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受　講　者** | **ふりがな**  **氏　名** | |  | | | **基本研修修了年度** |
| 令和　　　　　　年度  （東部・中部・西部） |
| **生年月日** | | 年　　　　　　月　　　　　　日（　　　　　）歳 | | | |
| **所属** | **法人名** |  | | | |
| **事業所等名** |  | | | |
| **事業所種別** |  | | | |
| **事業所所在地** | 〒　　　- | | | |
| **連絡先** | **電　話** |  | | | |
| **ﾌｧｸｼﾐﾘ** |  | | | |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  | | | |
| **優先順位** | | 第　　　位（同一事業所で複数名の申込みがある場合、事業所内での優先順位を記入） | | | |
| **利　用　者** | **ふりがな**  **氏　名** | |  | | | |
| **連絡先** | **住　所** | 〒　　　- | | | |
| **電　話** |  | | | |
| **必要な行為** | | ＮＰＰＶ　　有　　無　　　：ＴＰＰＶ　　　有　　　無 | | | |
|  | 口腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引 | | |
|  | 鼻腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引 | | |
|  | 気管カニューレ内部のたん吸引 | | |
|  | 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（状態確認は看護職員） | | |
|  | 経鼻経管栄養（チューブ挿入、状態確認は看護職員） | | |
| **提出書類** | **利用者の同意書（様式２）** | |  | **説明者氏名** |  | |
| **講師履歴書（様式３）** | |  | **指導者氏名** |  | |
| **医師の承認・指示書**  **（様式４）** | |  | **主治医所属**  **氏名** |  | |
| **損害保険証書の写し** | |  | **保険会社名** |  | |

※ＮＰＰＶ：非侵襲的陽圧換気療法　ＴＰＰＶ：気管切開下陽圧換気療法