（別紙１）

令和　　年　　月　　日

青森県知事　三村　申吾　殿

所属機関等名称：

職・氏名：　　　　　　　　　　　　印

喀痰吸引等研修事業（第三号研修）申込書

　私は、特定の者に対し、＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の行為を行うことができるようになるために、青森県が実施する「令和４年度青森県喀痰吸引等研修事業（第三号研修）」による研修の受講について、関係書類を添えて申し込みます。

記

（※）上記下線部には、実施する必要のある行為を、次から選んで記入してください。

・たんの吸引（口腔内）

・たんの吸引（鼻腔内）

・たんの吸引（気管カニューレ内部）

・経管栄養（胃ろう）

・経管栄養（腸ろう）

・経鼻経管栄養（別表４の行為に限る。）

＜連絡先＞

担当者氏名

電話番号

※当該申込書類一式に関する問合せに対応できる担当者の氏名と連絡先を記入してください。

（別紙２）

令和４年度青森県喀痰吸引等研修事業（第三号研修）申込者調書

　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | 印 | | | | | | | |
| 生年月日・年齢 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　日生　（　　　）歳 | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒  ※県内の方は市町村名から、県外の方は県名から記入してください。住民票と同じ住所を記入してください。 | | | | | | | |
| 自宅電話番号 |  | | | | | 性　　別 | 男　・　女 | |
| 現在の勤務先 | 設置主体名 | | | 施設（事業所）名 | | | | |
|  | 所在地：〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | |
| 現在の勤務先  (種別) | １．障害者（児）福祉施設　　２．共同生活援助（グループホーム）  ３. 訪問介護（介護保険）　　４．小規模多機能型居宅介護（介護保険）  ５. 通所介護（介護保険）　　６．居宅介護・重度訪問介護（障害福祉）  ７. 生活介護（障害福祉）　　８．児童発達支援及び放課後等デイサービス（障害福祉）  ９．保育所　　　　　　　　　10．認定こども園  ※あてはまるものに○をつけてください。 | | | | | | | |
| 勤務形態 | 常勤専従（週　　　　時間勤務）　・　常勤兼務（週　　　　　時間勤務）  非常勤専従（週　　　　時間勤務）　・　非常勤兼務（週　　　　　時間勤務）  ※あてはまる方に〇を付け、1週間あたりの勤務時間を記入してください。  ※兼務の場合は、介護職員等として従事している時間のみ記入してください。 | | | | | | | |
| 福祉系の保有資格  （複数ある場合は、上位資格に○を付す。） | １．介護福祉士　　２．介護職員基礎課程　　３．ヘルパー１級  ４．ヘルパー２級　　５．その他（　　　　　　　　）　６．なし | | | | | | | |
| 免許 | 取得年月日：　　　　　　年　　月　　日  免許番号：  ※介護福祉士のみ記入 | | | | | | | |
| 経　歴 | （　　　　）年（　　　　）か月  ※詳しくは、別添経歴書に記入のこと | | | | | | | |
| 基本研修 | 私は、基本研修の全日程に（　出席します　・　出席できません　）。  　※あてはまる方に○を付してください。なお、出席できない場合は受付できません。 | | | | | | | |
| 筆記試験 | 私は、基本研修（講義）終了後に実施される筆記試験を（　受けます　・受けません　）。  ※あてはまる方に○を付してください。なお、受けられない場合は受付できません。 | | | | | | | |
| 実地研修 | 私は、費用を負担し、実地研修を（　受講します　・　受講しません　）。  ※あてはまる方に○を付してください。なお、受講できない場合は受付できません。 | | | | | | | |
| 指導看護師 | 私の勤務先では、（　　　　　　　　）を指導看護師として養成する予定です。  ※「喀痰吸引等研修の指導者養成事業」による自己学習実施予定の指導看護師の氏名を記入してください。 | | | | | | | |
| 利用者の同意 | 私は、たんの吸引等を必要としている特定の利用者（又はその家族）から、実地研修を行うことについて、同意を（　得ています　・　得ていません　）。 | | | | | | | |
| 実地研修予定の行為 | １　たんの吸引（口腔内）　　　　　　　　２　たんの吸引（鼻腔内）  ３　たんの吸引（気管カニューレ内部）　　４　経管栄養（胃ろう）  ５　経管栄養（腸ろう）　　　　　　　　　６　経鼻経管栄養（別表４の行為に限る。）  ※あてはまるものに○をつけてください。 | | | | | | | |
| 利用者の状況等 | 利用者の氏名 |  | | | | | | |
| 実地研修の対象となる特定の利用者の病状・家族介護の状況・訪問看護の利用状況等を簡単に記入してください。 | | | | | | | |
| 連携医療機関 | 連携体制をとっている医療機関名及び主な診療科目を記入してください。  （例）○○○病院（内科、外科） | | | | | | | |
| 貴施設（事業所）における現在の利用者の状況 | 項　　目 | | 対象利用者数 | | 項　　目 | | | 対象利用者数 |
| １　口腔内吸引利用者 | | 人 | | ２　鼻腔内吸引利用者 | | | 人 |
| ３　気管カニューレ内部  吸引利用者 | | 人 | | ４　胃ろう利用者 | | | 人 |
| ５　腸ろう利用者 | | 人 | | ６　経鼻経管栄養 | | | 人 |

御記入いただきました内容は、「令和４年度青森県喀痰吸引等研修事業（第三号研修）」に関する業務にのみ使用させていただきます。提出された文書については返却しませんので、予めご了承下さい。

（別紙３）

令和　　年　　月　　日

推　薦　書

当機関に所属する下記職員について、「令和４年度青森県喀痰吸引等研修事業（第三号研修）」による研修の全課程を受講できる者として推薦します。

また、下記職員が当該研修を受講した場合、当施設（又は事業所）は、実地研修の実施機関となることを確約します。

記

【推薦する職員】

職・氏名

青森県知事　三村申吾　殿

所属機関等名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印