

別紙 1-1

社会福祉法人博悠会研修センター喀痰吸引等研修(第二号研修)受講申込書

社会福祉法人 博悠会 研修センター 御中

事業所名

受講申込者名

印

標記の研修会について、下記のとおり申し込みます。

記

|                                        |              |            |             |
|----------------------------------------|--------------|------------|-------------|
| 所属法人名                                  | サービス種別       |            |             |
| 事業所所在地                                 | 〒            |            |             |
| 事業所連絡先                                 | TEL          | FAX        | 担当者名        |
| (ふりがな)                                 |              |            |             |
| 受講者氏名                                  | (生年月日 年 月 日) |            |             |
| 受講者現住所                                 | 〒            |            |             |
| 受講者連絡先                                 | 携帯電話         | TEL        |             |
| 現在の職名                                  | 保有資格         |            |             |
| 受講者の介護の経験                              |              |            |             |
| 施設・事業所名                                |              | 勤務時の職種     | 通算勤務期間(年 月) |
|                                        |              |            |             |
|                                        |              |            |             |
|                                        |              |            |             |
| 同一事業所で複数申込を行う場合の本受講者の優先順位 /            |              |            |             |
| 実地研修施設の確保 所属法人(自施設)での実施が 可・不可 (いずれかに○) |              |            |             |
| 実地研修予定の事業所名(注1)                        |              |            |             |
| 指導を行う予定の看護師名                           |              |            |             |
| 実地研修予定施設の状況(申込時の状況)                    |              |            |             |
| 喀痰吸引の対象者数                              |              | 口腔 人       | ・ 鼻腔 人      |
| 経管栄養の対象者数                              |              | 胃ろう又は腸ろう 人 |             |

(注1) 自施設(自法人)の施設で実地研修する場合は、対象となる利用者数を記載し、指導看護師の喀痰吸引等研修事業実施のための指導者養成講習修了証等の写しを添付して下さい。

別紙 1-2

社会福祉法人博悠会研修センター喀痰吸引等研修(第二号研修)受講推薦書

社会福祉法人 博悠会 理事長 様

法人名

事業所名

事業所長名

印

当事業所において、介護(障害者の支援)に係る業務に従事している下記の者について、今後、喀痰吸引等の業務に従事する必要があるため、別紙申込書の研修会の受講対象者として推薦します。

記

事業所名

職 名

氏 名

別紙 1-3

社会福祉法人博悠会研修センター  
喀痰吸引等研修(第二号研修)の一部履修免除の申出書

社会福祉法人 博悠会 研修センター 御中

事業所名

受講申込者名

印

下記の科目について、履修免除を申し出ます。

記

基本研修のうち下記の科目

- (1) 基本研修（講義）の全て ※筆記試験を含む
- (2) 基本研修（講義）の一部 ※筆記試験は含まない
- (3) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ

実地研修のうち下記の行為

- (4) 喀痰吸引（口腔内）
- (5) 喀痰吸引（鼻腔内）
- (6) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）

- (注1) 免除を希望する科目または行為の番号に○をしてください。
- (注2) 特別養護老人ホームの経過措置対象者が免除できる科目は、(3)と(4)です。
- (注3) 特定の者対象の研修を修了した者については、免除科目はありません。
- (注4) 免除を希望する場合は、認定特定行為業務従事者認定証の写し、及び、研修修了証の写し、を添付してください。

別紙 2

社会福祉法人博悠会研修センター実地研修施設の基準

社会福祉法人 博悠会 研修センター

(1) 利用者の人数

たんの吸引(口腔・鼻腔)及び経管栄養(胃ろうまたは腸ろう)の対象者がそれぞれ適当数(複数名)いること。

(2) 研修受講者の受入れ

原則として、自らの法人の職員に限定せず、他の法人の職員についても実習を受け入れることが可能であること。

(3) 医療関係者との連携

実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による、的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。

(4) 利用者の同意と医学的指示

当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等(以下、「実地研修協力者」という。)の書面による同意承認(同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。)がとれていること。

(5) 緊急時の対応

事故発生時の対応(関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。)

(6) 秘密保持

実地研修協力者の秘密の保持(関係者への周知徹底を含む。)等に関する規程が整備されているなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。

(7) 確実な実地研修の実施

出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。