

※本様式は介護職員1人につき1枚提出してください。 申込年月日：平成31年 月 日

フリガナ

受講者氏名： 生年月日：昭和・平成 年 月 日

(1) 基本研修免除のための確認

(「はい」または「いいえ」を選択し、「はい」の場合は修了を証明する書類を添付してください。)

①平成23年度又は平成24年度以降の東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(特定の者対象)基本研修)、もしくは重度訪問介護従事者養成研修(統合課程)を修了しましたか。

いいえ はい ⇒基本研修の修了が確認できる研修の修了証書(確認書)を添付すること。

②平成23年度までに、厚生労働省発出の通知に基づき、在宅の利用者に対して、たんの吸引を実施し、従事者としての認定を受けていますか。

いいえ はい ⇒従事者認定証(経過措置対象者・特定の者対象)を添付すること。

(2) 実地研修を実施予定の利用者の状況(利用者の記載順は様式1の受講優先順位に合わせてください。)

事業所の 受講優先 順位	利用者氏名	利用者に必要な行為のうち 本研修で実施予定の行為 (下記の5行為のうち、あてはまるものを○で囲んでください。)					利用者のサービス種別 (あてはまるものを○で囲んでください。)
		たんの吸引	経管栄養				
ア	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養		・介護保険法 ・障害者総合支援法
	位	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
イ	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養		・介護保険法 ・障害者総合支援法
	位	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
ウ	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養		・介護保険法 ・障害者総合支援法
	位	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
エ	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養		・介護保険法 ・障害者総合支援法
	位	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
オ	(フリガナ)	たんの吸引			経管栄養		・介護保険法 ・障害者総合支援法
	位	口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	

※利用者が6名以上の場合は、当様式を必要部数印刷し御使用ください。その場合、2枚目以降は(3)のみに記載し、1枚目と合わせてホチキス止めをして御提出ください。