別紙１

**令和３年度**

**第１回　介護職員等による****喀痰吸引等（特定の者対象）の研修**

**介護職員受講申込書**

　社会福祉法人山口県社会福祉協議会　会長　様

|  |
| --- |
|  【施設・事業所等所在地】〒 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【施設・事業所名】 【施設・事業所長名】　　　　　　　　　　　　　　　　　 【電話番号】 【FAX 番号】 |

山口県介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修受講希望者を次のとおり推薦します。

**＜申込内容＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 本研修の受講経験の有無及び受講内容（※受講経験のある方は、修了証（写）を１枚提出して下さい。） | □受講経験なし□受講経験あり（平成　　　年度修了）※□　再受講□　実地研修のみ受講 |
| 経過措置適用者でありたんの吸引を修得している者で、今回経管栄養部分のみ受講希望（第１日目の午後のみの受講） | 有　・　無 |
| 優先順位（同一事業所から３名以上申込む場合に記入） | 第 　 位 |

**＜参加者情報＞**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 性別・生年月日・年齢 | （ 男 ・ 女 ）（S,H　 .　 .　 ）（　　 　歳） |
| 住　　所 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| 職　　種 |  |
| 身体介護に関する資格等の有無（有・無に○を付す） | □有（資格名：　　　　　　　　　　　 　　　　）□無 |
| 身体介護業務の通算経験年数（令和２年4月1日現在） | 　　　　　　　　年　（※１年未満の端数切捨） |

**＜指導者＞**（複数名の場合は全員の氏名を記入）

|  |
| --- |
|  |

**＜利用者氏名及び実地内容等＞**（該当種別に○印を記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 種別 | 利用者同意 |
|  | たんの吸引 | 口腔・鼻腔・気管カニューレ内部 | 有・無 |
| たんの吸引（人工呼吸器） | 口腔・鼻腔・気管カニューレ内部 |
| 経管栄養 | 胃ろう又は腸ろう・経鼻 |
| 経管栄養（半固形化栄養剤） | 胃ろう又は腸ろう・経鼻 |
|  | たんの吸引 | 口腔・鼻腔・気管カニューレ内部 | 有・無 |
| たんの吸引（人工呼吸器） | 口腔・鼻腔・気管カニューレ内部 |
| 経管栄養 | 胃ろう又は腸ろう・経鼻 |
| 経管栄養（半固形化栄養剤） | 胃ろう又は腸ろう・経鼻 |