別紙１

**令和５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　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・令和　　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人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（携帯電話） |  |
| 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５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＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名① | 特定行為 | 行為の区分（認定の区分）  **※該当行為に○を付けてください** | | 利用者同意 |
|  | 口腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 | 有・無 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法 |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |
|  | 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤 |
| 経鼻経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |

**＜利用者氏名及び実地内容等＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名② | 特定行為 | 行為の区分（認定の区分）  **※該当行為に○を付けてください** | | 利用者同意 |
|  | 口腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 | 有・無 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法 |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |
|  | 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤 |
| 経鼻経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |

**＜利用者氏名及び実地内容等＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名③ | 特定行為 | 行為の区分（認定の区分）  **※該当行為に○を付けてください** | | 利用者同意 |
|  | 口腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 | 有・無 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法 |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |
|  | 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤 |
| 経鼻経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |

**＜利用者氏名及び実地内容等＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名④ | 特定行為 | 行為の区分（認定の区分）  **※該当行為に○を付けてください** | | 利用者同意 |
|  | 口腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 | 有・無 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者  ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  | 通常手順 |
|  | 人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法 |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |
|  | 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤 |
| 経鼻経管栄養 |  | 液下型の液体栄養剤 |