≪受講申込みにあたってのお願い≫

１ 実施要項は、必ず全てお読みください。記入は、楷書体ではっきり記入してください。

２ 受講申込書は、全部で４ページあります。太枠内の該当箇所全てに漏れなく記入してください。

万が一、記入漏れ等の不備があった場合は、(不受理)再提出となりますので、予め御了承ください。

提出書類　①受講申込書 ②必要な書類を必ず添付して福祉研修センター宛てに送付してください。

**令和６年度** **介護職員等による喀痰吸引等（不特定多数の者対象）の研修**

**≪ 受講申込書 ≫**

社会福祉法人山口県社会福祉協議会　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　月　　　日

（法 人 名）

（事業所名）

（施設長氏名）

　　このことについて、下記のとおり申し込みます。

# **１　受講者に関する基本事項等**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講分類 | （　　Ａ　 ・ 　Ｂ　 ・ 　Ｃ　 ・ 　Ｄ　 ・ 　Ｅ　 ・ 　Ｆ　 ・ 　Ｇ　　） | | | | | |
| ※実施要項「３ 受講分類」参照　該当分類１つを○で囲んでください。 | | | | | |
| ふりがな |  | | | |  | |
| 受 講 者  氏 　名 | (姓) | | | | (名) | |
| 本人緊急連絡先 | 【携帯電話】　　　　　―　　　　　　― | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　月　　日 | | | | | ※氏名・生年月日は修了証明書に記載されますので、正確に記入してください。 |
| 法 人 名 |  | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 事業所住所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 事業所連絡先 | ＴＥＬ： | | | | | |
| 県社協会員 | 会　員　・　非会員 | | | ※Ａ分類受講希望者は必ず記入してください。  ※会員は法人全体ではなく、事業所単位です。 | | |
| （現在非会員の場合のみ） | | | 会員になって申し込む　　・　　非会員のまま | | |
| 新版テキスト  購入希望 | する　・　しない | | ※実施要項「６ 研修テキスト」参照  ①　受講分類Ａの方は必須です。お持ちでない場合は購入してください。  ② 他の受講分類の方も購入することができます。 | | | |
| 同事業所から  の受講者数 | 人 | ※法人全体ではなく事業所単位で、受講分類に関わらず、今年度の全ての受講者数を記入してください。 | | | | |
| 受講カテゴリー  （必ず記入） | 第１号研修　　・　　第２号研修 | | | | | |
| 第１号研修：基本の５行為（口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の  喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）、経鼻経管栄  養）全てを含む実地研修を実施する者  第２号研修：第1号研修に該当しない者 | | | | | |

**２　受講を希望する医療的ケアの種別の選択**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの種別 | | 希望行為に○ |
| 【基本】 | ①口腔内の喀痰吸引 |  |
| ②鼻腔内の喀痰吸引 |  |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  |
| ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下） |  |
| ⑤経鼻経管栄養 |  |
| 【オプション】 | ①口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者に対する実施） |  |
| ②鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者に対する実施） |  |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者に対する実施） |  |
| ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤による実施） |  |

※【オプション】を選択する場合は、【基本】の同じ番号の行為も併せて選択するか、【基本】の該当番号の行為が修了していることを証明する書類の写しを添付すること。

　（例）「④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤による実施）」を実施したい場合

は「④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）」も併せて選択するか修了証等の写しを

添付。

**３　添付する書類について（受講分類Ａ以外の者）**

**３－１　受講分類 Ｂ・Ｃの者**

|  |  |
| --- | --- |
| 添付する書類  （該当の番号に○） | ☛以下のいずれかを必ず添付してください。  **１**　本会（山口県社会福祉協議会）が発行した「介護職員等による喀痰の吸引  等の実施のための研修（不特定多数の者）」又は「介護職員等による喀痰  吸引等（不特定多数の者対象）の研修」修了証明書の写し  **２**　他都道府県又は登録研修機関が発行した喀痰吸引等研修（不特定多数の  者対象）修了証明書の写し |

**３－２　受講分類 Ｄ・Ｅ・Ｆ ･Ｇの者**

|  |  |
| --- | --- |
| 添付する書類  （該当の番号に○） | ☛以下のいずれかを必ず添付すること  **１**　喀痰吸引等研修の基本研修のみの修了証明書の写し  **２**　介護福祉士実務者研修の修了証明書の写し  **３**　介護福祉士養成施設・福祉系高校発行の医療的ケアを含む全課程の修了  証明書の写し  **４**　介護福祉士登録証の写し（平成２８年度以降の国家試験に合格された方のみ） |

# **４　実地研修の一部免除希望について（特別養護老人ホームに勤務している該当者のみ）**

|  |  |
| --- | --- |
| ※免除を希望する場合は山口県発行の「認定特定行為業務従事者認定証」（経過措置対象者）の写しを添付してください。（実施要項「７　研修日程、研修課程、実地研修（注４）」参照） | 免除希望  あり ・ なし |

**５　実地研修の実施予定事業所について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定の事業所  （該当の番号全てに○  をつけ必要事項を記入） | （受講者の所属事業所と）  １ 同じ事業所  ２ 同じ法人内の他事業所  ☛事業所名（複数ある場合は全て記入）   |  | | --- | |  |   ３　異なる法人の事業所（記入前に必ず承諾を得ること）  ☛法人・事業所名（複数ある場合は全て記入）   |  | | --- | |  | | |
| 選択した医療的ケアを必要とする利用者がいますか。 | | はい　　・　　いいえ |
| 利用者に研修の同意を得ることが可能ですか。 | | はい　　・　　いいえ |

# **６　実地研修の指導者及び指導者に関する添付書類について**

※指導者が複数の場合、以下を指導者の人数分作成し提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 所有資格 | 医師　・　看護師　・　保健師　・　助産師 |
| ３年以上の臨床等  での実務経験 | あり　　・　　なし |
| 所　属  （該当の番号に○をつけ必要事項を記入） | （受講者の所属事業所と）  **１　同じ事業所**  **２　同じ法人内の他事業所**  ☛事業所名   |  | | --- | |  |   **３　異なる法人の事業所**  ☛法人・事業所名   |  | | --- | |  | |
| 添付する書類  （該当の番号に○） | ☛以下のいずれかを必ず添付すること（※指導者の人数分の添付が必要です。）  １　指導者資格を証する書類（指導者研修修了証明書等）の写し  ２　「令和６年度介護職員等による喀痰吸引等（不特定多数の者対象）の指導者研修」の受講申込書 |

≪受講申込提出チェックリスト≫

**本チェックリストも必ず提出してください。**

それぞれの項目や添付書類を確認した上で、確認欄にチェック（☑）を入れてください。

**◇受講申込書の各項目内において、記入又は選択が必要な全ての箇所で漏れはないか。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該　当　者 | 頁 | 項　　　目 | 確認欄 |
| 全員共通 | １ | １　受講に関する基本事項 | **□** |
| 受講分類Ｂ～Ｇの者 | ２ | ３　添付する書類について | **□** |
| 全員共通 | ２ | ４　実地研修の一部免除希について | **□** |

**◇添付すべき書類に漏れはないか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該　当　者 | 項　　　目 | 確認欄 |
| 全員共通 | 以下の**いずれか**を必ず添付すること**※**   1. 実地研修の指導にあたる者の指導者資格を証する書類（写） 2. 「令和６年度介護職員等による喀痰吸引等（不特定多数の者対象）の指導者研修」の受講申込書 | **□** |
| 受講分類がＡの者で実地研修の一部免除希望者（特別養護老人ホーム勤務者のみ） | 山口県発行の認定特定行為業務従事者認定証（写）  ・実地研修のうち「口腔内の喀痰吸引」を免除することができます | **□** |
| ・本研修の受講経験者  ・受講分類がＢ・Ｃの者 | 以下の**いずれか**を必ず添付すること  ①本会が発行した「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修（不特定多数の者）」修了証明書（写）  ②他都道府県又は登録研修機関が発行した喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）の修了証明書（写） | **□** |
| ・受講対象分類がＤ・Ｅ・Ｆ・Ｇの者 | 以下の**いずれか**を必ず添付すること  ①喀痰吸引等研修の基本研修のみの修了証明書（写）  ②介護福祉士実務者研修の修了者  → 介護福祉士実務者研修の修了証明書（写）  ③介護福祉士養成施設・福祉系高校の卒業者  　　→ 介護福祉士養成施設・福祉系高校発行の医療的ケアを含む全課程の修了証明書（写）  ④平成２８年度以降の介護福祉士国家試験の合格者  → 平成２８年度以降の介護福祉士登録証（写）  （「平成２８年３月」の登録証は平成２７年度であるため使用不可） | **□** |

※　実地研修を自職場（法人内）及び他職場（他法人）の両方で実施する場合は、それぞれの指導

者分の添付が必要です。なお、実地研修の指導者が①の書類を有しておらず、「令和６年度介護

職員等による喀痰吸引等（不特定多数の者対象）の指導者研修」を受講する場合は②を添付して

ください。