

愛知県老人福祉施設協議会 行

ファックス番号：0561-61-0299

申込期限：平成23年11月22日（火）

平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者）

実地研修で希望する医行為の種類に○印のうえ、以下の表を御記入ください。

4種類      ・      6種類

※6種類を希望する場合であっても、たん吸引等医行為の利用者の状況によって、4種類の研修になる場合があります。

法人名			
施設名(施設種別)			
住 所	〒		
電話番号			
FAX 番号			
利用者本人(またはその家族等)から実地研修の実施について書面による同意は得られますか。	はい	・	いいえ
配置医等の医師から、利用者に対して下記医療的ケアを行うことの承認は得られますか。	はい	・	いいえ

介護職員	ふりがな 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
看護職員	ふりがな 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	保有資格 該当するもの全てに○	1. 保健師      2. 助産師      3. 看護師		
	免許	取得年月日：(西暦)      年      月      日 免許番号：		
	職歴	保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数(平成23年11月1日現在) (      )年 (      )か月      *准看護師としての経験年数は含めないこと。		
ケア利用者数	施設内医療的 たん吸引	1口 腔 内      (      )人 2鼻 腔 内      (      )人 3気管カニューレ内部      (      )人	経管栄養	1胃ろう・腸ろう      (      )人 2経鼻経管栄養      (      )人

・看護職員は12月17日（土）開催の指導看護師養成講習を受講する必要がある。