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（特定の者）

以下の表を御記入ください。

介護職員受講希望者

介護職員	ふりがな 氏名					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	勤務先	法人名				
		事業所名（施設種別）				
		電話番号				
FAX 番号						
特定の者	名前(姓のみ記入して下さい)					
	住所(市区町村のみ記入して下さい)					
	特定の者が必要な医療的ケア (該当行為に○を記入して下さい)	たん吸引	1 口腔内 () 2 鼻腔内 () 3 気管カニューレ ()	経管栄養	1 胃ろう・腸ろう () 2 経鼻経管栄養 ()	
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				
利用者のかかりつけ医等の医師から、利用者に対して上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				
現に利用者に対し、医政局長通知に基づいて、たんの吸引等を行っている者以外の者ですか。 ※経過措置の対象になる者は受講対象から除かれます。		はい ・ いいえ				

指導看護師予定者

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：			
	勤務先	法人名			
事業所名					
住所		〒			
電話番号					
FAX 番号					

(注)受講希望者は、看護職員に指導看護師となる旨の承諾を得た上で申し込むこと。
 ・看護職員は11月11日（水）開催の指導看護師養成講習を受講する必要がある。
 ・看護職員が勤務する訪問看護事業所等と老施協が委託契約を結ぶこと。