

令和8年度 独立行政法人国立病院機構山形病院「喀痰吸引等研修(特定の者対象)」
基本研修受講申込書

年 月 日

登録研修機関

独立行政法人 国立病院機構山形病院長 様

受講申込者氏名^{ふりがな} _____ ⑩

私は、貴研修機関にて実施する標記研修の受講を、以下の内容で申し込みます。

受講申込者調書			
生年月日等	(和暦) 年 月 日(歳)	男 ・ 女	
連絡先	住所:〒		
	Tel		
現在の勤務先	施設名(事業所名)		
	所在地:〒		
	Tel	fax	
現在の勤務先 該当に○	1. 訪問介護事業所 2. 居宅介護 3. 重度訪問介護 4. その他(具体的に)		
保有資格	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修課程修了者 3. (訪問) 介護員養成研修____級課程修了者 4. その他() 5. 資格なし		
経験年数	実務経験年数()年()か月		
受講希望期日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

推薦書	
上記の者を、独立行政法人国立病院機構山形病院「喀痰吸引等研修(特定の者対象)」の受講者として推薦します。 年 月 日 登録研修機関 独立行政法人国立病院機構山形病院 様 施設名(事業所名) 管理者名 ⑩	
医療的ケアを必要とする利用者数(申込み日現在)	人
同一施設(事業所)で、複数名の受講を申込されている場合は、施設(事業所)内での優先順位を記入	第 位
同一施設(事業所)で、認定特定行為業務従事者認定証(特定の者対象)の交付を受けている介護職員等の人数	人

裏面にも記入願います。

誓約書

私は、本研修にて知り得た個人情報等に関し、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本研修修了後も継続するものとします。

年 月 日

受講者氏名

印

1. 免除科目調査

経過措置により、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けて、喀痰吸引等を業務として行っている介護職員等、又は違法性阻却通知に基づく研修を終了し喀痰吸引等を行っていた介護職員等が受講申し込みの場合、基本研修にて履修済みとみなす科目があります。

その場合、修了証明書又は受講した研修の内容及び時間等が確認できる書類を添付のうえ、下欄に☑を付してください。

なお、履修済みであっても受講を希望する場合は、添付及びチェックの必要はありません。

☑欄	科 目	時間
☐	重度障がい児・者等の地域生活に関する講義	2 時間
☐	緊急時の対応及び危険防止に関する講義（喀痰吸引） 喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義（喀痰吸引）	3 時間
☐	緊急時の対応及び危険防止に関する講義（経管栄養） 喀痰吸引等を必要とする重度障がい児・者等の障がい及び支援に関する講義（経管栄養）	3 時間
☐	シミュレーター演習（喀痰吸引）	1 時間
☐	シミュレーター演習（経管栄養）	1 時間

2. 実地研修の実施に関して

基本研修修了後に実施する現場演習及び実地研修に関して、以下の内容について確認願います。依頼、準備が可能なものに☑を付してください。

☑欄	依頼、準備が必要なもの	内 容
☐	喀痰吸引等の実地研修に協力いただける利用者	当研修を終了した介護職員等にその行為を依頼する予定の方
☐	利用者のかかりつけ医の書面による指示書	かかりつけ医等の医師から指導看護師等に対し、書面による必要な指示があること
☐	利用者又は家族の同意	当研修を終了した介護職員等にその行為を依頼する予定の方、又は家族からの同意書
☐	喀痰吸引等実地研修実施計画書	医師の書面による指示をふまえて、利用者の基本情報及び研修で実施する行為の種類、留意点等を記載した計画書
☐	損害賠償保険	業務外である研修において、賠償責任に対応できる保険加入

※ 提出された文書については返却しませんので、あらかじめご了承ください。