

記入例(実施)

事業所名称 ○○○○事業所
事業所所在地 滋賀県○○市○○町

申請区分を囲んでください

代表者名 ○○ ○○

喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修) 実地研修申請書 (実施・変更・延長)

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

Table with 2 columns: Field Name and Content. Fields include: 実地研修を行う介護職員の氏名 (滋賀 太郎), および研修修了区分 (1・2), 指導看護師の氏名および指導者講習修了証番号 (琵琶 花子), 指導看護師の事業所名および事業所の所在地 (別法人の指導看護師に指導いただく場合、必ずご記入ください), 実地研修を行うケア (該当するものに○) および対象者氏名 (患者) (近江 一郎).

担当者氏名: 琵琶 花子 電話番号: ○○○ - ○○○

*添付書類: 「介護職員等喀痰吸引等指示書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書」(写し)、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表(任意の様式)」...

*変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

記入例 (変更)

例: 対象者追加

変更後の内容をすべて記入してください

事業所名称 ○○○○事業所

事業所所在地 滋賀県○○市○○町

申請区分を囲んでください

代表者名 ○○ ○○

喀痰吸引等研修 (第一号、第二号研修) 実地研修申請書 (実施・**変更**・延長)

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名 および研修修了区分 (①・②) ① 滋賀県喀痰吸引等研修 (第一号、第二号) ② ①以外 (他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等) ※②の場合は研修修了証の写しを添付	滋賀 太郎 (研修修了区分 (該当に○) <input checked="" type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②)
	志賀 二郎 (研修修了区分 (該当に○) <input type="checkbox"/> ①・ <input checked="" type="checkbox"/> ②)
	(研修修了区分 (該当に○) <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②)
	(研修修了区分 (該当に○) <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了証書番号 ※医療的ケア教員講習会の修了者は、修了証の写しを添付 ※第三号研修 (特定の者)、特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修の指導看護師は不可	琵琶 花子 (修了証書番号 第18-01号)
	(修了証書番号)
	(修了証書番号)
	(修了証書番号)
指導看護師の事業所名および事業所の所在地 (別の法人の時のみ記載)	事業所名 所在地
実地研修を行うケア (該当するものに○) および対象者氏名 (患者)	(<input type="checkbox"/>) 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 近江 一郎 淡海 良子) (<input checked="" type="checkbox"/>) 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 淡海 良子) (<input type="checkbox"/>) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名) (<input type="checkbox"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下法のみ) (対象者氏名 近江 一郎) (<input type="checkbox"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下法+半固形栄養剤) (対象者氏名) (<input type="checkbox"/>) 経鼻経管栄養 (対象者氏名)

担当者氏名: **琵琶 花子** 電話番号: **○○○ - ○○○**

*添付書類: 「介護職員等喀痰吸引等指示書」(写し)、「喀痰吸引等業務 (特定行為業務) 計画書」(写し)、「喀痰吸引等業務 (特定行為業務) の提供に係る同意書」(写し)、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表 (任意の様式)」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、(研修修了区分②や、医療的ケア教員講習会修了者の場合) 各研修の修了証 (写し)

*変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

記入例 (延長)

例：職員1名の延長と同時に
ケア対象者を1名追加

令和3年10月15日

延長する内容のみを記入してください。

延長と同時に変更(対象者の追加等)する場合は、
変更内容を併せて記入してください。

〇町

申請区分を囲んでください

代表者名 ○○ ○○

喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修) 実地研修申請書(実施・変更・**延長**)

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名 志賀 二郎 (研修修了区分 (該当に○) ①・ ②)	(研修修了区分 (該当に○) ①・②)
および研修修了区分 (①・②) ① 滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号) ② ①以外(他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等) ※②の場合は研修修了証の写しを添付	(研修修了区分 (該当に○) ①・②) (研修修了区分 (該当に○) ①・②) 延長する職員のみ記入してください。 (研修修了区分 (該当に○) ①・②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了証書番号 琵琶 花子 (修了証書番号 第18-01号)	(修了証書番号) (修了証書番号) (修了証書番号)
指導看護師の事業所名および事業所の所在地(別の法人の時のみ記載)	事業所名 所在地
実地研修を行うケア(該当するものに○)および対象者氏名(患者) () 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名) () 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名) () 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名) (<input checked="" type="radio"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法のみ) (対象者氏名 近江 一郎) (<input checked="" type="radio"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法+半固形栄養剤) (対象者氏名 淡海 良子) () 経鼻経管栄養 (対象者氏名)	() 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名) () 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名) () 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名) (<input checked="" type="radio"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法のみ) (対象者氏名 近江 一郎) (<input checked="" type="radio"/>) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法+半固形栄養剤) (対象者氏名 淡海 良子) () 経鼻経管栄養 (対象者氏名)

延長するケアおよび対象者氏名を記入してください。
延長と同時に変更(対象者の追加等)する場合は、変更内容を併せて記入してください。

担当者氏名： **琵琶 花子** 電話番号： **〇〇〇 - 〇〇〇**

*添付書類：「介護職員等喀痰吸引等指示書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書」(写し)、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表(任意の様式)」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、(研修修了区分②や、医療的ケア教員講習会修了者の場合)各研修の修了証(写し)

*変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。