

<研修に必要な書類>

実地研修を受講される方は、下記①～⑤の書類に必要事項を記入し、申込書とともに介護キャリアアカデミーまで送付して下さい。

① 主治医指示書

→ 実地研修を行う利用者様の主治医の方に記入してもらって下さい。

② 研修実施同意書

→ 実地研修を行う利用者様本人、もしくはご家族の方に記入してもらって下さい。

③ 実地研修確認書及び看護師指導予定表

→ 実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらって下さい。

④ 実地研修実施同意書

→ 実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらって下さい。

⑤ 講師資格申立書

→ 実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらって下さい。

<書類のお送り先、お問合せ先>

〒558-0011 大阪市住吉区荻田 9-14-20 ヤヨイビル 206 号

介護キャリアアカデミー宛 (担当：渡辺)

電話 06-6147-9567 FAX 06-6606-8731

介護キャリアアカデミー 大阪校

かく痰吸引等研修 申込書 【実地研修】

申込日 年 月 日

◆ 注意事項（名前の記載）

研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

フリガナ 氏名			
生年月日	(歳)		
住 所 ※受講者様のご住所			
電話番号 ※受講者様のご連絡先			
申込み後の連絡先 ※振込案内をお送りします	事業所名: 住所:〒	ご担当:	
	FAX:	TEL:	
	メールアドレス:		
振込名義人			

【実地研修の申し込み内容】 ※すでに基本研修を修了していることが必要です。

利用者様人数	()名	利用者様氏名	
看護師派遣 希望の有無	※いずれかに○ 有・無	必要行為	※必要な行為に○をつけてください () 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 () 経鼻経管栄養
基本研修	<input type="checkbox"/> 介護キャリアアカデミーで受講済 (年 月 日修了) <input type="checkbox"/> 他社で受講済 ⇒ 修了証のコピーを添付してください。		

受講料：実地研修のみ：4,000 円+消費税（受講生 1 名かつ利用者 1 名あたり）

※看護師は、厚生労働省が定める指導者養成研修事業修了または相当する知識、技能を有することが必要です。

※実地研修における看護師の講師を弊社に依頼される場合は別途料金が必要となります。

基本料金 10,000 円、以降一項目増えるごと 2,000 円増になります。但 2 時間以内に限りです。

（例：口腔内、胃ろう、気管カニューレの場合、10,000 円+2,000 円×2 =14,000 円+消費税）

※実地研修には、対象利用者・主治医・看護師の同意が必要です。

※振込金額は利用者数により変わります。

※現在看護師の日程が逼迫しており、派遣のご要望にお応えできない可能性があります。

主治医指示書

令和 年 月 日

患者氏名		性別	
生年月日		年齢	

上記の者に係る研修について、指導看護師等に対し、下記のとおり指示します。

医療機関名 _____
住 所 _____
電 話 _____
担当医師名 _____ 印

指導看護師等
(事業所等名) _____

(氏 名) ()

研修受講生
(事業所等名) _____

(氏 名) ()

特定の行為の種類	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 人工呼吸器の使用(有 ・ 無)
特定行為に係る指示	
その他	

※この様式はあくまで参考様式となり、別途様式で代用可能です。

研修実施同意書

令和 年 月 日

<研修受講者>

事業所名等 _____

氏 名 _____

(複数名であれば連名で)

氏 名 _____

氏 名 _____

(たんの吸引等を受ける者)

本人 _____ 印

_____ 印

(本人との関係:)

私は、あなた(あなたがた)が、特定の行為の実地研修を行う事に同意します。

特定の行為について(該当欄に利用者印を押す)

	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
	胃ろうによる経管栄養
	腸ろうによる経管栄養
	経鼻経管栄養
	人工呼吸器の装着 (あり ・ なし)

※ たんの吸引等を受ける者が未成年である場合または、署名もしくは記名押印を行うことが困難な場合には、ご家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名もしくは記名押印を行ってください。

実地研修確認書及び看護師指導予定表

受講者名	
------	--

※複数利用者がおられる場合はコピーしてご利用下さい。

利用者名	
この利用者に対して今回 研修を受ける特定行為の種類 ※研修を受けようとする特定行為に ○をしてください。	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
	胃ろうによる経管栄養
	腸ろうによる経管栄養
	経鼻経管栄養
人工呼吸器の使用(あり・なし)	

日頃から利用者を看護されている 看護師等の事業所名	
上記の看護師等の氏名(複数名可)	

指導予定表

今回の「たん吸引等研修」実施に当たり、下記のとおり受講生に対して指導いたします。

事業所住所 〒

事業所名

印

予定される指導看護師名

連絡先: 〒588-0011 大阪市住吉区苅田9-14-20ヤヨイビル206号
株式会社ベストケア・パートナーズ 介護キャリアアカデミー たん吸引等研修係
TEL 06-6147-9567 FAX 06-6606-8731

介護キャリアアカデミー
たん吸引等研修

実地研修実施同意書

甲(実地研修講師) _____ は、 乙(登録研修機関) 株式会社
ベストケア・パートナーズ 介護キャリアアカデミー から委託を受けて、丙(ヘルパー派遣事業所)
_____ の喀痰吸引等研修(3号・特定の者対象)、実地研修の研修指導を行う
ことについて同意いたしました。

指導料については、甲(実地研修講師)と、丙の間で決定し、授受することとします。

令和 年 月 日

甲

事業所住所 〒

事業所名

印

予定される指導看護師名

乙

事業所住所 〒558-0011 大阪市住吉区苅田9-14-20-206

事業所名 介護キャリアアカデミー

丙

事業所住所 〒

事業所名

印

受講者名

受講者名

指導看護師様へ

《喀痰吸引等登録研修(3号研修)講師資格申立書について》

大阪府の指導で実地研修を行う前に当「喀痰吸引等登録研修(3号研修)講師資格申立書」をご提出いただく事になりました。

当「申立」をしていただく為には下記2点が必要になります。

- ① 厚生労働省作成の介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)の研修資料を閲覧していただく事。

且つ

- ② 以前厚生労働省から配信されておりました動画を見ていただく事が必要となります。

①の厚生労働省の資料は、下記の三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社のホームページからご覧いただけます。

https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_07.html

②の動画につきましては現在厚生労働省からの配信が終了しておりますのでご覧になる場合は下記より閲覧ください。

http://www.kc-academy.jp/kakutan_douga

パスワードは douga5678 です

※医療的ケア教員講習会を受講済みの看護師様は研修資料及び動画の閲覧は必要ございません。

以上よろしくお願い申し上げます。

株式会社ベストケア・パートナーズ
介護キャリアアカデミー

喀痰吸引等登録研修（3号研修）講師資格申立書

大阪府知事 様

私 _____ は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）に定める指導者養成研修事業を修了した者に相当する知識及び技能を厚生労働省が提示する介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修資料及び動画により習得していることを申し立てます。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印