**平成２８年度**

**社会福祉法人　洛東園　介護職員等（不特定多数の者対象）喀痰吸引等研修**

**受　講　申　込　書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の連絡先  （必ず連絡のつく電話番号及びＦＡＸ番号を明記のこと） | 法人名 | | | 事業所・施設名 | |
| 受講者職種 | | | 事務担当者名 | |
| 所在地　（〒 － ）  TEL　　　　　　　　　FAX | | | | |
| ふりがな  受講者氏名 |  | | | | |
|  | | | | |
| 生年月日・年齢 | 昭和  平成 | 年　　　　　月　　　　　日生（　　　　）歳 | | | |
| 推薦者  （推薦理由） | 役職（　　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　　　　㊞　　）  理由 | | | | |
| 現在の勤務先の種別  （該当するものに○） | １．特別養護老人ホーム　２．介護老人保健施設　３．有料老人ホーム  ４．認知症対応型グループホーム　５．障害者（児）福祉施設　６．訪問介護事業所  ７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 保有資格  （該当するものに全て○） | １．介護福祉士　２．実務者研修（医療的ケア除く）修了　３．初任者研修修了  ４．ホームヘルパー１級修了　５．ホームヘルパー２級修了　６．社会福祉士  ７．介護支援専門員  ８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 職歴 | １．福祉職場の勤続年数　　　　　　　（　　　　）年（　　　　）か月 | | | | |
| ２．現在の勤務先における勤続年数　　（　　　　）年（　　　　）か月 | | | | |
| ※事務処理欄 | 申込書受理日 | |  | 申込受理番号 |  |
| 受講可否 | | 可  不可　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 受講研修課程 | | 第１号　　第２号 | 受講者番号 |  |

※　受講者の氏名、生年月日は研修修了時に発行する修了証明書に記載しますので、正確にご記入ください。

※　受講者が研修受講期間中に研修実施においてその妨げとなるような行為があった場合は推薦者へ連絡させていただきますのでご留意ください。

**平成２８年度**

**社会福祉法人　洛東園　介護職員等（不特定多数の者対象）喀痰吸引等研修**

**受講申込書（実地研修における調査依頼書）**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所・施設名 |  |
| 施設長名 |  |
| 事務担当者名 |  |
| 受講者氏名 |  |

**調査項目**（該当するものにそれぞれ○をして、必要箇所はご記入ください。）

Ⅰ．受講者はどちらの研修課程を受講されますか。

１　第１号研修

２　第２号研修（下記特定行為のうち、受講する特定行為に○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

　　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　　　経鼻経管栄養

Ⅱ．貴事業所等研修の実施について該当項目にチェックをお願いします。

１　指導看護師、喀痰吸引等の必要な対象者があり、実地研修が可能である。

　　　ⅰ　指導看護師は何人おられますか。　（　　　　人）

　　　ⅱ　喀痰吸引等の必要な対象者は何人おられますか。　（　　　　人）

※　喀痰吸引等の必要な対象者は複数名必要です。やむを得ない場合は１人でも認められます。

２　指導看護師、喀痰吸引等の必要な利用者がなく、実地研修は不可能である。

　　　上記で２を選択された方は下記の調査にもお答えください。

ⅰ　実地研修が不可能な理由についてお答えください。

１　指導看護師がいない

２　喀痰吸引等の必要な利用者がいない

３　指導看護師、喀痰吸引等の必要な利用者ともにいない

ⅱ　同法人内で実地研修が可能ですか。

１　同法人内で実地研修が可能である。

２　同法人内でも実地研修は不可能である。

Ⅲ．他事業所の介護職員等の実地研修を受け入れることは可能でしょうか。

１　可　　（　　　　　人）

２　不可

**【回答にあたっての注意】**

○　この調査依頼書は施設長がご回答ください。

○　指導看護師、喀痰吸引等の必要な対象者がいない施設等の場合、応募者多数に際しての選考における優先順位が低くなることがありますので、あらかじめご了承ください。