別紙様式１　　　　　　　＜　受　講　決　定　等　通　知　書　＞

　　　　　　　　　　　　 平成　　年　　月　　日

　京都府健康福祉部障害者支援課長　様

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

（電　話：　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ：　　　　　　　　　　 　）

（担当者名 　 　 　　）

　　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

研修事業京都府研修（特定の者対象）の申込について

上記のことについて、下記のとおり関係書類（別紙様式２）を添えて申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 順位 |  | | | 会場希望 | | |  | |  |
| 氏　　　　　　名 | 経過措置対象者以外の者  （○印） | 経管栄養のみ希望の者  （○印） | 第一  希望 | 第二  希望 | ※  受講決定等 | | | ※  非決定 |
|  | | 受講  会場 |
| １ |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  | |  |  |

**※「会場」は次の①～③のいずれかを記載のこと。**

**①　平成24年1月20日（金）北部会場（京都府立中丹勤労者福祉会館）**

**②　平成24年1月21日（土）南部会場（長浜バイオ大学烏丸学舎）**

**③　平成24年2月19日（日）南部会場（京都大学医学部人間健康学科）**

　　　※１　受講決定等に係る通知については、本様式を活用した上、連絡いたします。

　　　　　　よって、必ず、ファックス番号等連絡先を明記願います。

　　　※２　上記の表の「※受講決定等」、「※非決定」欄については、記載しないこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 会場希望　 (〇印) | |
| 第１希望  北部1/20（金）  南部1/21　(土)  南部2/19 （日) | 第２希望  北部1/20（金）  南部1/21　(土)  南部2/19 （日) |

別紙様式２　**※平成２４年 1月１１日（水）午後５時までにＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号０７５－４１４－４５９７）まで送信願います。**

**介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業**

**京都府研修（特定の者対象）受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | | 印 | | 備考 | ※記入  不要 | |
| 生年月日・年齢 | | （和暦）　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 | | | | |
| 現在の勤務先 | | 法人名 | 事業所、  施設名 | | | |
| 職名 | 事務担当者名 | | | |
|  | | 所在地：〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | |
| 現在の勤務先  (施設種別) | | １．居宅介護（訪問介護）事業者　　２．生活介護（通所介護）事業者  ３．自立訓練　　　　　　　　　　　４．障害者（児）施設  ５．特別支援学校  ６．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 保有資格  該当するもの全てに○ | | １．介護福祉士　２．ホームヘルパー　３．重度訪問介護従業者養成研修修了者  ４．社会福祉士　５．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 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 | | | | |
| **確認事項** | | **現に特定の者（利用者等）に対し、実施要項３（２）ウ（経過**  **措置対象者でたんの吸引等を行っている者）以外の者ですか。** | | | | **・はい ・いいえ** |
| **基本研修の選択** | | **経管栄養に係る講義及び演習のみの受講を希望　（　する・しない　）**  ※重度訪問介護従業者養成研修修了者で実質的違法性阻却で認められた「たんの吸引」を修得している者については、経管栄養に係る講義及び演習のみを受講することが可。 | | | | |
| **実**  **地**  **研**  **修**  ※  右  表  に  つ  い  て  記  入  の  こ  と。 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 利用者  (イニシャル) | 実　地　研　修　の　内　容 | | 指導看護師等の勤務先等 | |  | たんの吸引等経管栄養 | 口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内部  胃ろう　腸ろう　経鼻経管栄養 | 法人名：  事業所名：  氏名： | |  | たんの吸引等  経鼻経管栄養 | 口腔内 鼻腔 内 気管カニューレ内部  胃ろう　腸ろう　経鼻経管栄養 | 法人名  事業所名  氏名： | |  | たんの吸引等  経鼻経管栄養 | 口腔内　鼻腔内　気管カニューレ内部  胃ろう　腸ろう　経鼻経管栄養 | 法人名：  事業所名  氏名： | |  | たんの吸引  経鼻経管栄養 | 口腔内　鼻腔内　気管カニューレ内部  胃ろう　腸ろう　経鼻経管栄養 | 法人名：  事業所名：  氏名： | |  | たんの吸引  経鼻経管栄養 | 口腔内　鼻腔内　気管カニューレ内部  胃ろう　腸ろう　経鼻経管栄養 | 法人名  事業所名：  氏名： |   ○実地研修の内容　必要とするものすべてに○印を記載すること  〇実地研修の指導看護師等氏名（居ない場合は「なし」と記載）  　　※実地研修を指導できる者は、京都府指導者養成事業の府指導者養成研修事業（指導者講習  （H23.12.26開催）又は自己学習）の修了者（見込み含む。）です。 | | | | | |