**平成23年度～令和5年度**

申込用紙(様式1)

**喀痰吸引等京都府指導者養成研修(第1号、第2号研修)修了者**

**「指導看護師フォローアップ研修」申込書**

他府県で受講された方は、修了証のコピーを添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 年度 | 修了証書番号 |

**＊京都府の修了証書に記載されている番号を記入してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日・年齢 |
| 氏　名 | 印 | （西暦）　　　　年　　月　　日生（　　　）歳 |
| 看護協会会員の方は記入して下さい | 会員番号 | 施設番号 |
| 勤務先  (必ず日中に連絡可能な電話番号及び  FAX番号を明記) | 法人名 | 施設名 |
| 所在地：〒 | |
| TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | |
| 研修受講時の連絡先等(必須項目) | 研修受講時に連絡の取れる電話番号  TEL | 講義URL送付用メールアドレス(携帯アドレス不可) |

**以下の質問にお答えください。**

※下記内容をグループワークの検討内容に使用させて頂くことがありますのでご了承ください

**質問1．過去に介護職員の実地研修(第1号、第2号研修)を、実際に担当しましたか？**

　　　該当する方を〇で囲んでください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　　いいえ

**質問2．介護職を指導する上で、苦労していること、困っていることはありますか？**

**質問3．実施中のヒヤリ・ハット(インシデント・アクシデント)はどのような内容でしたか？**

**（＊事例を挙げていただいても構いません**）

**質問4．自施設で、「認定特定行為業務従事者認定証」や、「実施できる行為が付記された介護福祉士登録証」を持つ**

　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　　名　）

**1)介護職員は何名おられますか？**

**2)実際に資格を活かして、実施している介護職員は何名おられますか？**（　　　　　　　　　　　名　）

**質問5．自施設で、「認定特定行為業務従事者認定証」や、「実施できる行為が付記された介護福祉士登録証」を持つ**

**介護職員に、フォローアップ研修を実施していますか？**

1. はい　　⇒　・研修はどの程度の頻度で行っていますか？　（　1回　／　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　・研修内容を教えてください

1. いいえ　⇒　実施していない理由を教えてください。

**質問6．自施設内で、喀痰吸引等を必要とする年間利用者数を教えてください。**

（喀痰吸引　　　　　　名　／年間　　　　経管栄養　　　　　　　名／年間　）

**質問7**．**この研修で他施設と情報共有したい内容、知りたい情報について記載してください。**

受講の可否