年　　月　　日

鹿児島県知事　塩田　康一　殿

令和７年度鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）

実 地 研 修 申 込 書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日・年齢 | （昭和・平成）　　　年　　　月　　日生　（　　　）歳 |
| 自宅住所 | 〒　　　-※住民票と同じ住所を記入してください（住民登録地が県内の方は市町村名から，県外の方は県名から記入してください。）。 |
| 自宅電話番号 |  |
| 現在の勤務先：設置主体名 |  |
| 現在の勤務先：施設（事業所）名 |  |
| 施設（事業所）所在地 | 〒 |
| 施設（事業所）Tel |  |
| 施設（事業所）Fax |  |
| 施設（事業所）Mail |  |
| 現在の勤務先(種別) | １．訪問介護（介護保険）　２.居宅介護・重度訪問介護（障害福祉）３．幼稚園・保育所　４．小・中学校　５．その他（　　　　　　　）※あてはまるものに○をつけてください。 |
| 勤務形態 | 常勤専従・常勤兼務・非常勤専従・非常勤兼務　　（週　　　　時間勤務）※あてはまる方に〇を付け，1週間あたりの勤務時間を記入してください。※兼務の場合は，介護職員等として従事している時間のみ記入してください。 |
| 福祉系の保有資格（複数ある場合は，上位資格に○） | １．介護福祉士　　２．介護職員基礎課程　　３．ヘルパー１級　　４．ヘルパー２級　　５．その他（　　　　　　　　）　６．なし |
| 介護福祉士の登録状況 | 登録年月日：（昭和・平成・令和）　　　　年　　月　　日登録番号：※介護福祉士のみ記入してください |
| 経　歴 | （　　　　）年（　　　　）か月※介護職員等として従事している期間を記入してください |
| 基本研修等 | 基本研修修了年月日（　　　　　年　　月　　日）※更新研修を受講されている場合は，更新研修の受講年月日も併せて記載してください。　更新研修受講年月日　（　　　　　年　　月　　日） |
| 受講費用 | 私は，実地研修の受講費用を（　負担します　・　負担しません　）。※あてはまる方に○を付してください。負担できない場合は受付できません。※受講費用＝実地研修指導料（最大7,000円／人）＋損害保険料（2,000円）※実地研修指導料は，１回の実地研修に係る分については免除となります。※損害保険は年１回，加入していただく必要があります。 |
| 痰の吸引に係る保険加入有無 | 有　　・　　無※「有」の場合は，加入時期を記入してください。加入時期　（　　　　　年　　月　　日　） |
| 利用者の同意 | 私は，たんの吸引等を必要としている特定の利用者（又はその家族）から，実地研修を行うことについて，同意を（　得ています　　・　　得ていません　）。※利用者の同意がない方は，実地研修を行うことができません。※「研修実施同意書（別紙３）」を併せて提出してください。 |
| 主治医の指示 | 私は，たんの吸引等を必要としている特定の利用者（又はその家族）から，実地研修を行うことについて，主治医の指示を（　受けています　　・　　受けていません　）。※主治医の指示がない方は，実地研修を行うことができません。※「主治医指示書（別紙４）」を併せて提出してください。 |
| 実地研修予定の行為 | １－１　たんの吸引（口腔内）・１－２　非侵襲的人工呼吸器装着２－１　たんの吸引（鼻腔内）・２－２　非侵襲的人工呼吸器装着３－１　たんの吸引（気管カニューレ内部）・３－２人工呼吸器装着４　経管栄養（胃ろう又は腸ろう）滴下５　経管栄養（胃ろう）半固形６　経管栄養（経鼻経管栄養）※あてはまるもの全てに○をつけてください。 |
| 利用者の氏名 |  |
| 利用者の氏名(ふりがな) |  |
| 利用者の状況等 | ※利用者の氏名・病状・家族介護の状況・訪問看護の利用状況等を簡単に記入してください。 |
| 連携医療機関等 | ※連携体制をとる医療機関（主な診療科目を含む），訪問看護ステーション等について記入してください。（例）○○○病院（内科，外科） |

御記入いただきました内容は、「令和７年度鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）」に関する業務に使用させていただきます。