

※ケア利用者1名につき1枚ご記入ください 捺印忘れずに。 提出日 西暦 年 月 日

ふりがな	もりおか たろう		生 年 月 日	
氏名	盛岡 太郎	印 (男・女)	S・H 50年 1月 1日 (××) 歳	
本人連絡先	自宅住所	〒 020-0832 盛岡市東見前〇〇-〇〇		研修当日自家車 使用する・
	自宅電話	019-123-4568	携帯番号	090-1111-1111
現在の勤務先 (種別について は該当するもの 全てに○)	事業所名	ヘルパーステーション●●●	種別	①訪問介護(介護保険) ②重度訪問介護(自立支援法) ③その他()
	所在地	〒020-0066 岩手県盛岡市上田●●●-●●		
	電話番号	019-987-6543	F	
保有資格	(※医療・教育・福祉系の資格を記入) 介護福祉士 ヘルパー2級			
経験年数	・実務経験年数(5)年(3)ヶ月 ・たん吸引経験年数(1)年(2)ヶ月			
特定行為	ふりがな	いわて じろう		
	氏名	岩手 次郎	年齢(82)歳	
	住所	〒 020-0000 岩手県盛岡市〇〇〇 ●丁目●番●号 電話番号: 019-111-2222		
	主治医	東北 三郎	医療機関名: ■■■クリニック	
	訪問看護ステーション	無・有 (訪問看護ステーション▲▲▲▲)		
	チェック欄	行為の区分 (認定の区分)		
口腔内の喀痰吸引(咽頭の手前まで)	<input checked="" type="checkbox"/>	通常手順		
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者: 口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法		
鼻腔内の喀痰吸引(咽頭の手前まで)	<input checked="" type="checkbox"/>	通常手順		
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者: 口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法		
気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	通常手順		
	<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者: 侵襲的人工呼吸療法		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤		
	<input checked="" type="checkbox"/>	胃ろうによる経管栄養: 半固形栄養剤		
経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤		
受講希望研修	<input checked="" type="checkbox"/> 基本研修(受講料 15,000円)		基本研修受講希望回	第 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 実地研修: 委託費あり(受講料 8,000円)			
	<input type="checkbox"/> 実地研修: 委託費なし(受講料 3,000円)		実地研修実施予定日	月 日
事業所確認欄				
上記の者を「介護職員等医療的ケア第3号研修(特定の者対象)」の受講者として、申し込いたします。				
当事業所は、実地研修にかかる賠償責任保険に加入しています。				
医療法人葵会 理事長 様		西暦 2020 年 6 月 1 日		
事業所名 ヘルパーステーション●●●		代表者名 北東北 花子 印		

チェックを忘れずに。

修了証等に生年月日を記載します。忘れずにご記入ください。

各種書類を郵送します。受講者が勤務している事業所の所在地等をご記入ください。

忘れずにご記入・捺印ください。

※【研修事務局記入欄】

受講者管理NO.	書類受理日: 年 月 日 印	入金確認日: 年 月 日 印
----------	----------------	----------------