

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(特定の者対象・第3号研修)

申し込み予約用紙(事業所用)

次回以降開催される第3号研修の申し込みを予約します

年 月 日
(申し込みの日付を記入してください)

受講予定者数 _____ 名

該当行為 吸引 ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管
経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻

開催希望日等

(受講生が4名以上であればご指定いただいた日で開催を検討いたします)
(なるべく早急、○月頃、×曜日希望・・・等といった開催の希望をお書きください)

事業所名 _____ 担当者名 _____

書類送付先住所
〒 _____

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

* 受講前に以下ご確認ください

(済・申請中・未のいずれかに○をしてください)
<受講までになるべく全て済になるようにお願いします>

① 認定特定行為事業者申請(事業所の申請)	済	申請中	未
② 利用者の同意書	済	申請中	未
③ 医師の指示書	済	申請中	未
④ 訪問看護師等実地指導者の確保	済	申請中	未
⑤ 訪問看護との契約/実地研修の日程調整	済	申請中	未
⑥ 実地指導者の事前研修(DVD)	済	申請中	未

* 実地指導は基本、利用者に係る医療者(訪問看護師等)であることが望ましく
また、事前に講習内容のDVD【厚労省HPに掲載】を見ている事が望ましい
(レポート提出や認定などは不要です)

* ご質問等ございましたらお気軽にお問い合わせください

* 必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください

NPO法人 自立生活センター STEPえどがわ

担当: 市川 裕美

TEL: 03-3676-7422

FAX: 03-3676-7425