＜研修に必要な書類＞

実地研修を受講される方は、下記①～⑤の書類に必要事項を記入し、申込書とともに介護キャリアアカデミーまで送付してください。

① 主治医指示書
　→実地研修を行う利用者様の主治医に記入してもらってください。

② 研修実施同意書
　→実地研修を行う利用者様ご本人、もしくはご家族に記入してもらってください。

③ 実地研修実施同意書
　→実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらってください。

④ 実地研修確認書及び看護師指導予定表
　→実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらってください。

⑤ 講師資格申立書
　→実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらってください。

＜書類の送り先、お問い合わせ先＞

〒336-0031　さいたま市南区鹿手袋 4-4-1
介護キャリアアカデミー　担当：山下
TEL：048-767-4115　FAX：048-711-6010

FAX: 03-6914-0975

介護キャリアアカデミー埼玉校かく痰吸引等研修申込書【実地研修】

申込日　　年　　月　　日

◆ 注意事項(名前の記載)
研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

ﾌﾘｶﾞﾅ 受講者様 氏名	
生年月日	（　　歳）
住　所 ※受講者様 のご住所	
申込み後の 連絡先 ※振込案内を お送り します	事業所名;　　ご担当者名: 住所:〒 電話番号:　　FAX: メールアドレス:
振込名義人	

【実地研修の申し込み内容】　※すでに基本研修を終了している方が対象です。

対象者様 人数	（　　）名	対象者様氏名		
必要行為 ※必要な行為に〇をつけてください	（　）口腔内の喀痰吸引 （　）鼻腔内の喀痰吸引 （　）気管カニューレ内部の喀痰吸引 （　）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 （　）経鼻経管栄養	基本研修 受講確認	□介護キャリアアカデミーで受講済 （　　年　　月　　日修了）	
			□他社で受講済　⇒ 修了証のコピーを添付してください。	

※指導看護師は、厚生労働省が定める指導者養成研修事業修了または相当する知識、技能を有することが必要です。
※講師より指導いただく際の指導料については、指導料の取り決め、受け渡しに関してなど受講者様と指導講師の間で直接行っていただきます。
※実地研修には、対象利用者・主治医・看護師の同意が必要です。
※振込金額は利用者数により変わります。
事務手数料：実地研修のみ：5,500 円(税込)（受講生 1 名かつ利用者 1 名あたり）

●本研修の申込をもって、下記の内容に同意することといたします。●
〔受講者本人、及び関わる事業所において、反社会的勢力との関わりがないことを表明します。〕

※　ここから下部は介護キャリアアカデミーの記入欄となります

①基本研修修了確認は出来ているか？		⑤実地研修実施同意書 研修講師、介護事業所の印はあるか？		
②主治医指示書 指示期間、対象行為、対象者名、医師名は正しいか？		⑥講師資格申立書 実地研修の評価看護師の申立書があるか？		
③研修実施同意書 対象行為、本人又は代理人のサインはあるか？				
④実地研修確認書及び看護師指導予定表 受講者名、対象者名、対象行為は正しいか？		確認☑	確認者①	確認者②

介護キャリアアカデミー
たん吸引等研修

主治医指示書

西暦　　年　　月　　日

患者氏名		性別	
生年月日		年齢	

上記の者に係る研修について、指導看護師等に対し、下記のとおり指示します。

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

指導看護師等
（事業所等名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　　名）（　　）

研修受講生
（事業所等名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　　名）（

特定の行為の種類	□　口腔内の喀痰吸引 □　鼻腔内の喀痰吸引 □　気管カニューレ内部の喀痰吸引 □　胃ろうによる経管栄養 □　腸ろうによる経管栄養 □　経鼻経管栄養 人工呼吸器の使用（　有　・　無　）
特定行為に係る指示	
その他	

※この様式はあくまで参考様式となり、別途様式で代用可能です。

介護キャリアアカデミー
たん吸引等研修

研修実施同意書

西暦　　年　　月　　日

＜研修受講者＞

事業所名等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（複数名であれば連名で）

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（たんの吸引等を受ける者）

本人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（本人との関係：　　）

私は、あなた（あなたがた）が、特定の行為の実地研修を行う事に同意します。

特定の行為について（該当欄に利用者印を押す）

	口腔内の喀痰吸引
	鼻腔内の喀痰吸引
	気管カニューレ内部の喀痰吸引
	胃ろうによる経管栄養
	腸ろうによる経管栄養
	経鼻経管栄養
人工呼吸器の装着　（　あり　・　なし　）	

※ たんの吸引等を受ける者が未成年である場合または、署名もしくは記名押印を行うことが困難な場合には、ご家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名もしくは記名押印を行ってください。

介護キャリアアカデミー
たん吸引等研修

実地研修確認書及び看護師指導予定表

受講者名	

※複数利用者がおられる場合はコピーしてご利用下さい。

利用者名		
この利用者に対して今回 研修を受ける特定行為の種類 ※研修を受けようとする特定行為に 〇をしてください。		口腔内の喀痰吸引
		鼻腔内の喀痰吸引
		気管カニューレ内部の喀痰吸引
		胃ろうによる経管栄養
		腸ろうによる経管栄養
		経鼻経管栄養
人工呼吸器の使用（　あり　・　なし　）		

日頃から利用者を看護されている 看護師等の事業所名	
上記の看護師等の氏名（複数名可）	

指導予定表

今回の「たん吸引等研修」実施に当たり、下記のとおり受講生に対して指導いたします。

事業所住所　〒

事業所名　　印

予定される指導看護師名

連絡先：〒336-0031　埼玉県さいたま市南区鹿手袋4-4-1
株式会社ベストケア・パートナーズ
介護キャリアアカデミー
TEL：03-6914-0974　　FAX：03-6914-0975

介護キャリアアカデミー
たん吸引等研修

実地研修実施同意書

甲（実地研修講師）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、　乙（登録研修機関）介護キャリアアカデミー＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿から委託を受けて、丙（ヘルパー派遣事業所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の喀痰吸引等研修(3号・特定の者対象)、実地研修の研修指導を行うことについて同意いたしました。

指導料については、甲（実地研修講師）と、丙の間で決定し、授受することとします。

西暦　　年　　月　　日

甲

事業所住所　〒

事業所名　　印

予定される指導看護師名

乙

事業所住所　〒336-0031 埼玉県さいたま市南区鹿手袋4-4-1

事業所名　株式会社ベストケア・パートナーズ

介護キャリアアカデミー

丙

事業所住所　〒

事業所名　　印

受講者名

受講者名

指導看護師様へ

2018 年 5 月より実地研修を行う前に以下をお願いしております、

①三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社のホームページから閲覧できる介護職員によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修資料を閲覧していただくこと
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_07.html
かつ
②三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングから配信されております動画を見ていただくことが必要になります。視聴いただいたのち、アンケートにお答えください。
（動画につきましては下記から閲覧いただけます。

第 1 章
https://www.youtube.com/watch?v=M_Hse5FagJc
第 2 章
https://www.youtube.com/watch?v=b6vdckpzGwo
第 3 章
https://www.youtube.com/watch?v=w4Rp4jPkMtM です）

※医療的ケア教員講習会を受講済みの看護師様でも研修資料及び動画の閲覧は必要です。

以上よろしくお願い申し上げます。

介護キャリアアカデミー

喀痰吸引等登録研修（3 号研修）講師資格申立書

埼玉県知事　　様

私 ＿＿＿＿＿＿＿＿ は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成 23 年 9 月 14 日障発 0914 第 2 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）に定める指導者養成研修事業を修了した者に相当する知識及び技能を厚生労働省が提示する介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修資料及び動画により習得していることを申し立てます。

西暦　　年　　月　　日

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印