

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号）  
 実地研修課程・講師養成課程 申込取りまとめ票（1/3 枚目）

福岡県知事 小川 洋 殿

平成 年 月 日

標記のことについて、関係書類を添えて申込みます。

取りまとめ施設・事業所等

法 人 名											
施 設 ・ 事 業 所 等	事業所番号 ※										
	登録特定行為 事業者番号 ※										
	名 称										
	所 在 地	〒									
管 理 者	役 職										
	氏 名	(印)									
事 業 種 別 (右の事業種別一覧表から番号を1つ選択)		番 号	該当するものがない場合は、事業種別名等を記入してください。								
担 当 者	役 職					氏 名					
連 絡 先	T E L										
	F A X										

事業種別一覧表

老人福祉関係	1 特別養護老人ホーム	2 介護老人保健施設	
	3 介護療養型医療施設	4 養護老人ホーム	
	5 軽費老人ホーム	6 有料老人ホーム	
	7 訪問介護	8 訪問入浴介護	
	9 訪問リハビリ	10 デイサービス	
	11 通所リハビリ	12 短期入所生活	
	13 短期入所療養	14 グループホーム	
	15 夜間対応訪問	16 認知症対応型デイ	
	17 小規模多機能	18 複合型	
	19 定期巡回・随時対応訪問	20 その他 ( )	
	障害児・者福祉関係	21 居宅介護	22 重度訪問介護
		23 同行援護	24 行動援護
		25 重度障害者等包括支援	26 短期入所
		27 施設入所支援	28 生活介護
		29 自立訓練（機能訓練）	30 自立訓練（生活訓練）
		31 就労移行支援	32 就労継続支援A
		33 就労継続支援B	34 共同生活援助
		35 児童発達支援センター	36 児童発達支援
		37 放課後等デイサービス	38 保育所等訪問支援
39 福祉型障害児入所施設			
40 その他 ( )			

※老人福祉関係の施設・事業所等は介護保険事業所番号、障害児・者福祉関係の施設・事業所等は指定事業所番号をご記入ください。

※登録特定行為事業者の登録が行われている事業者はその番号をご記入下さい。なお未登録の事業者の記入は不要です。

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号）  
 実地研修課程・講師養成課程 申込取りまとめ票（2/3 枚目）

取りまとめ施設・事業所等名： \_\_\_\_\_

取りまとめ施設・事業所等の利用定員数又は平均利用者数	人
----------------------------	---

1 上記のうち喀痰吸引等を必要とする利用者等（平成 29 年 6 月 1 日 現在） ●該当する人数がない場合は『0』をご記入ください。

必要な特定行為		特定行為が 必要な利用者 の人数	看護職員 の 人数	認定特定行為 業務従事者の 人数	十分に対応するために 第1号・2号研修の 受講が必要と考 えている者の人数
口腔内の喀痰吸引	人工呼吸器を装着していない者又は 口鼻マスク以外の人工呼吸器を装着している者	人	人	人	※ 人
	口鼻マスクの人工呼吸器を装着している者	人		人	
鼻腔内の喀痰吸引	人工呼吸器を装着していない者又は 口鼻マスク以外の人工呼吸器を装着している者	人		人	
	口鼻マスクの人工呼吸器を装着している者	人		人	
胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養	滴下型栄養剤を使用する者	人		人	
	半固形型栄養剤を使用する者	人		人	
気管カニューレ内部の 喀痰吸引	人工呼吸器を装着していない者	人		人	
	口鼻マスク以外の人工呼吸器を装着している者	人		人	
経鼻経管栄養		人	人		
		実人数※ 人		実人数※ 人	

※ 特定行為ごとの延べ人数の合計ではなく、喀痰吸引等を必要としている利用者の実人数、認定特定行為業務従事者の実人数、必要と考えている者の実人数を記入してください。

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号）  
 実地研修課程・講師養成課程 申込取りまとめ票（3/3 枚目）

取りまとめ施設・事業所等名： \_\_\_\_\_

【申込みに関する注意事項】※必ずお読みください。

■第 1 号・第 2 号実地研修課程の受講を希望する場合の注意事項

- ・実地研修の講師を確保しなければなりません。
- ・実地研修の講師は、要件を満たす者又は今年度の講師養成課程を修了する者でなければなりません。  
 （※要件は募集要項 P 6 をご確認ください）
- ・実地研修の講師となる者が、要件を満たしておらず、今年度の講師養成課程の受講を必要とする場合は、併せて講師養成課程に申込み必要があります。
- ・講師養成課程の受講を必要とする者が、取りまとめ施設・事業所等に所属する職員でない場合であっても、取りまとめ施設・事業所等が責任をもって講師養成課程の申込みを行ってください。

2 受講を希望する研修（※受講を希望する研修について、「受講希望」欄にチェックをつけてください。）

研修名	受講希望	
第 1 号実地研修課程	<input type="checkbox"/>	※「実地研修課程[第 1 号研修]申込書」及び「基本研修免除に関する書類」を添付してください。
第 2 号実地研修課程	<input type="checkbox"/>	※「実地研修課程[第 2 号研修]申込書」及び「基本研修免除に関する書類」を添付してください。
講師養成課程	<input type="checkbox"/>	※「講師養成課程申込書」及び「該当する資格免許証の写し」を添付してください。 該当する資格：医師、保健師、助産師、看護師（准看護師は含まない）
その他 (講師確保済みの場合)	<input type="checkbox"/>	※「実地研修の講師要件に該当する修了証の写し」を添付してください。

※「基本研修免除に関する書類」とは、第 2 号研修の修了証書や実務者研修の修了証書または、「医療的ケア」を受講していることが分かる書類の写しなど。