株式会社シエラ　御中

記入日　令和　　年　　月　　日

受講申込書

喀痰吸引等研修（特定の者対象・第３号研修）

１．申込事業所

法人名		事業所名	
事業所番号		担当者名	
所在地	〒		
電話番号		メール	

２．受講区分・希望日程

受講区分	□基本研修から受講　□実地研修のみ（基本研修免除：修了証等の写しを添付）
基本研修日程	第１希望　　月　　日～　　月　　日　／　第２希望　　月　　日～　　月　　日

３．受講者

※氏名・住所は住民票のとおりに記入してください。実施行為は該当する番号に○をつけてください。4名以上はこのページをコピーしてください。

受講者１　氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
住所	〒		
保有資格	□介護福祉士　□実務者研修　□初任者研修　□重度訪問介護　□その他（　　）		
対象利用者名		実施行為	①　②　③　④　⑤

受講者２　氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
住所	〒		
保有資格	□介護福祉士　□実務者研修　□初任者研修　□重度訪問介護　□その他（　　）		
対象利用者名		実施行為	①　②　③　④　⑤

受講者３　氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
住所	〒		
保有資格	□介護福祉士　□実務者研修　□初任者研修　□重度訪問介護　□その他（　　）		
対象利用者名		実施行為	①　②　③　④　⑤

実施行為：①口腔内　②鼻腔内　③気管カニューレ内部　④胃ろう・腸ろう　⑤経鼻経管

４．連絡事項

指導看護師の確保状況、受講にあたり配慮を希望することなど（任意）

受講にあたっての確認事項

1　修了後にたんの吸引等を業務として行うには、受講者が東京都の「認定特定行為業務従事者」の認定を受け、事業所が「登録特定行為事業者」の登録を受ける必要があります。

2　実地研修は、記入した対象利用者に、記入した行為についてのみ行います。利用者や行為を追加する場合は、改めて実地研修が必要です。

3　実地研修の開始前に、実地研修計画書（様式２）・承諾書／誓約書（様式３、原本）・実地研修同意書（様式４－１又は４－２）・医師の指示書（様式５）の写しを当社へ提出してください。そろうまで実地研修は始められません。

4　指導看護師は、看護師・保健師・助産師又は医師に限ります（准看護師は不可）。東京都が定める指導者養成研修の修了が必要です。

5　実地研修中に事故・ヒヤリハットが起きた場合は、指導看護師の指示に従って対応し、速やかに当社へ報告してください。

6　受講料・支払方法・キャンセルの取扱いは、研修案内のとおりです。申込内容に変更があるときは、速やかにご連絡ください。

個人情報の取扱い

ご記入いただいた受講者・対象利用者等の情報は、研修の実施・連絡・修了の管理、修了証明書の発行、東京都への報告にのみ利用し、法令に基づく場合を除き、それ以外の第三者には提供しません。対象利用者の情報は、事業所が利用者（又は家族等）の同意を得たうえでご記入ください。詳しくは当社ホームページのプライバシーポリシーをご覧ください。

提出書類

提出の時期	提出するもの	作成する人
申込時	受講申込書（本様式）、受講者の住民票のコピー（受講者ごと） 基本研修を免除する場合は、修了証明書等の写し	事業所
実地研修の開始前	実地研修計画書（様式２）、承諾書／誓約書（様式３）の原本、実地研修同意書（様式４－１又は４－２）・医師の指示書（様式５）の写し 指導看護師の指導者養成研修の受講確認書類の写し	事業所・指導看護師 受講者・利用者・医師
実地研修の終了後	修了日を記入した実地研修計画書（様式２）の写し 評価票（評価票１～９のうち使用したもの）	指導看護師

同意・申込み

上記の確認事項及び個人情報の取扱いに同意し、受講を申し込みます。

同意日	令和　　年　　月　　日	記入者名	

－－－－－－－－－－－－－－　以下、株式会社シエラ記入欄（記入不要）　－－－－－－－－－－－－－－

受付日	年　月　日	受付担当	
受講可否	可　・　否	入金確認	年　月　日
様式 2～4 受領	2□　3□　4□	修了証発行	年　月　日

お問い合わせ：株式会社シエラ　TEL 070-9039-0296（平日 9:00～17:45）／ siera.co.222@gmail.com