

# 喀痰吸引等研修「第1号研修」「第2号研修」

## 実地研修のみ受講者募集要項

### 1 目的

介護保険施設、高齢者施設、在宅介護事業所、その他施設等において、安全・安心してこの行為が行われるための、知識・技術の習得を行い、医の倫理を遵守し、また人間としての尊厳を守るための行為者となるための研修を行うことを目的とする

### 2 受講資格

下記の条件がすべて該当する者とする。

- 1) 実務者研修（養成施設等）の教育課程において医療的ケアを終了されている方
- 2) 介護保険施設、高齢者施設、在宅介護事業所、その他施設等に従事している方
- 3) 所属する施設、事業所の責任者（施設長、所長等）の推薦が得られる方
- 4) 所属する施設、事業所又は同法人内の施設において「実地研修」を実施できる方（対象となる行為が必要な対象者が確保できること、本人または家族の同意が得られること指導看護師が確保できること、医師・指導看護師・介護職員等が情報交換を行い連携が図れる体制が整っていること）

### 3 研修内容

- 1) 口腔内の喀痰吸引
- 2) 鼻腔内の喀痰吸引
- 3) 気管カニューレ内の喀痰吸引
- 4) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 5) 経鼻経管栄養

### 4 料金について

**受講料 35,000円**（損害保険費用等含む）

振込み費用は受講者負担とさせていただきます

### 5 申込方法

- ①喀痰吸引等研修要項をお取り寄せください。（仮予約）

お手元に募集要項がある方は、電話で仮予約の確認をしてください。

- ②申込み書類に必要事項を記入し下記郵送先まで郵送ください。

※封筒の表に「第1号研修」あるいは「第2号研修」と赤字で明記

※受講決定（結果）送付用封筒を同封する。

（長形3号封筒に84円切手を貼付し、研修受講者の所属の事業所の住所を記入する。）

〒239-0833 横須賀市ハイランド3-11-4

エデュカシオン 研修事業部

③受講料を下記口座に振込願います。

【振込先】 横浜銀行 横須賀支店

普通 6200901

口座名 一般社団法人エデュカシオン

代表理事 富澤 恵子

※仮予約完了後、受講生名義で振込をしてください。

※振込いただいた受講料については返金いたしませんのでご承知おきください。

※振込みの確認をもって申込みが完了します。

※遅くとも受講開始1週間前までに振り込みを完了してください。

## 6 修了証明書

研修の全課程を修了した受講生に対し、修了証明書を交付します。

## 7 申込・問い合わせ先

〒239-0833

神奈川県横須賀市ハイランド3-11-4

一般社団法人エデュカシオン 研修事業部研修担当富澤

TEL/FAX：046-854-4231

### 申込みを行うにあたっての注意事項

1) 申込み書類に不備があった場合は、予約完了できないので注意してください。

申込書類 ☐①受講申込書兼調査書（様式1）※推薦書を兼ねています

☐②受講決定（結果）送付用封筒

（長形3号封筒に84円切手を貼付し、研修受講者の所属する事業所住所を記入）

2) 実地研修を経て第2号研修を習得した受講者が、その後第1号研修の習得の要件を満たした場合の事務については、文書料のみを徴収します。（1通5,500円）

3) 指導看護師や研修事業部事務局の指示に従わない場合、虚偽の内容で書類を提出した場合は、受講の取り消しをすることがあります。

本研修の受講申込書類等に記載された事項は、個人情報保護の規定に則り適正な管理を行い当教育機関の研修申込以外に使用することはありません。

( 様式 1 )									
喀痰吸引研修( 不特定多数の者対象)									
受講申込書兼調査書									
ふりがな							性別	男 ・ 女	
氏名						㊟			
生年月日	昭和	年 月 日 ( 歳 )					健康面で注意すること なし・あり ( )		
年齢	平成								
現住所 連絡先	住所	〒							
		県 市							
	電話	— —				E-Mail			
	携帯電話	— —							
保有資格	ヘルパー2級( 初任者研修 ) ・ ヘルパー1級 ・ 介護福祉士 ・ その他 ( ○をしてください )								
経歴	簡単にご記入ください 介護経験年数 年 か月								
現勤務先 施設種類	A 特別養護老人ホーム      B 介護老人保健施設      C 有料老人ホーム D グループホーム      E その他 ( )								
勤務先 住所	法人名								
	ふりがな 施設 ( 事業 所 )								
	所在地	県 市							
	電話					FAX			
希望研修	実地研修( 口・鼻・吸引・胃ろう・経鼻経管栄養 ) ( ) は○をしてください								
上記職員を喀痰吸引研修に推薦します。( 管理者がご記入ください。推薦書も兼ねています )									
管理( 代表 ) 者	役職名				氏名				㊟
実地研修 指導看護師	氏名								
	指導看護師養成研修の受講状況	A 修了      B 受講予定あり      C 未定							
実地研修 実施施設	自施設で実地研修をする場合のみご記入ください。 現勤務の事業所・同一法人内施設( 名称 )								
備考( その他 ) 受講修了証を添付してください。( 実務者研修等の養成校で発行していただいたもののコピー )									
エデュカシオン									