**２０２１年度介護職員等によるたんの吸引等のための研修会**

**（不特定多数の者対象）実地研修開催要綱**

１　開 講 目 的 　　実地研修を行い、安全・適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成する。

２　研修事業の名称　２０２１年度介護職員等によるたんの吸引等のための実地研修会

　　　　　　　　　　　（不特定多数の者対象）

３　研修実施機関　　尾道福祉専門学校〒722‐0042　尾道市久保町1760-1

４　研修実施場所　　尾道福祉専門学校（受講者自施設、実施研修の委託契約施設）

５　定　　　　員　　15人

６　研 修 課 程 　　実地研修（演習）

７　研 修 期 間 　　実地研修（演習）

　　　　　　　　　　　　自施設で実施：受講決定後にお知らせします。

８　受講資格者　　　　基本研修修了者に対し，演習を実施する

９　研修修了の認定　　実地研修修了証を交付する

１０　受講手続き　　　　別紙「２０２１年度介護職員等によるたんの吸引等のための研

及び申込方法　　修会受講申込書」により，次のあて先までＦＡＸでお申し込み下さい。 **FAX:0848-20-7122**

１１　申 込 期 間 　　２０２１年９月１５日（水）～９月３０日（木）１７：００必着

１２　受 講 決 定 　　　受講決定はＦＡＸで１０月５日にお知らせします。

※他施設で実地研修を希望される場合、他施設での研修の受け入れがほとんどない状態ですが、受講申し込み前に事務局にお電話でお問い合わせください。

１３　受講料支払方法　受講決定のＦＡＸ通知で、受講番号と受講料振込先をお知らせします。

１４　受　 講 　料　　受講決定後、口座振込をお願いします。

納入された受講料は原則として返金出来ません。

|  |
| --- |
| 実地研修 |
| 自施設のみ | 今年度新規実地研修契約の場合 |
| 27,000 | 30,000（事務手数料10,000円を含む） |

（他施設での実地研修実施を希望の場合）

『受講申込料』 　　　　　７，０００円

　　　『実地研修費用』

口腔内吸引演習 １１，０００円

その他の項目は、１項目につき ２１，０００円

　　　　※他施設での実地研修で、項目ごとで規定の回数を超えて演習した場合の追加料金

1. 事務手数料　　 １，０００円
2. 追加演習１回につき １，０００円（実施回数分）
3. ②の支払いの詳細については、実地研修の修了後連絡させていただきます。

　実地研修演習の修了評価の確認、研修費用の払込の確認をした後で、修了証の発行となります。

１５　問 合 せ 先 　　事務局　　電話：0848-37-2222

**２０２１年度介護職員等によるたんの吸引等のための研修会（実地研修のみ）**

**（不特定多数の者対象）受講申込書**　記入日　　　　 年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 |
| 受講者名 |  | 　昭和・平成　　　年　　月　　日西暦　 　　　年　　（　　　）歳 |
| 連絡先（受講生の現住所記入） | 現住所 | 〒　　　－ |
| 電話 |  | 携帯 |  |
| 勤務先 | 法人名施設名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 現在の勤務先事業種別該当に○ | 1. ①特別養護老人ホーム　②介護老人保健施設　③有料老人ホーム

④認知症高齢者グループホーム　⑤その他（　　　　　　　）1. ①障害者支援施設　②障害福祉サービス事業所　③福祉型障害児入所施設

④障害児通所支援（　　　　　　　）　⑤その他（　　　　　　　　） |
| 施設内で、医療的ケアを必要とする人の数（申込日現在） | ①たんの吸引　実　　人 | ＜合　計＞実人数　　人 |
| ②経管栄養　　実　　人 |
| 保有資格・免許該当に○ | １．介護福祉士　　２．介護職員基礎研修課程修了者３．訪問介護員養成研修　　級課程修了者４．その他（　　　　　　　　　　　　　　）※医療・教育・福祉系の資格を記入５．資格なし |
| 介護福祉士養成校等の卒業者で医療的ケア科目を修了＊免除科目： 基本研修（講義・演習） | 有・無 | 医療的ケア科目の履修が分かる証明書のｺﾋﾟｰを申込時に提出 |
| 実務者研修で医療的ケア科目を修了＊免除科目： 基本研修（講義・演習） | 有・無 | 実務者研修修了証のｺﾋﾟｰを申込時に提出 |
| 第２号に係る喀痰吸引等研修を修了＊免除科目： 基本研修（講義・演習）及び実地研修（既に修了した行為に限る） | 有・無 | 認定特定行為業務従事者認定証あるいは喀痰吸引等研修修了証明書のｺﾋﾟｰを申込時に提出 |

**施設担当者様のﾊﾟｿｺﾝﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ**

**尾道福祉専門学校FAX：0848－20－7122**