別紙様式１(第５条関係)

第　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

新潟県阿賀野市保田５６８５番地1

社会福祉法人阿賀野福祉会

喀痰吸引等研修事業「登録研修機関」

委　員　長　　近　藤　　浩　　様

住　所

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　 　 印

実地研修事業計画書

介護職員等の喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）における実地研修の事業計画を提出します。

また、委託契約書第9条に規定する賠償責任保険への加入について、貴登録研修機関が一括加入することに同意します。なお、保険対応が必要な状況に至った場合は、保険会社と直接対応し、結果について報告します。

なお、委託契約書第９条に規定する賠償責任保険への加入については、貴機関が斡旋する損害賠償保険と同等以上の損害賠償保険に加入している場合には、加入は致しません。

１　研修受講者氏名：

２　受験番号：

３　指導講師氏名：

４　実地研修施設名：

５　実地研修期間：平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日

６　研修区分：　第一号研修　　・　　第二号研修　（いずれかに○印）

７　実地研修施設の状況（平成　年　月　日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ケアの種類 | たん吸引等を必要とする利用者 | | 実地研修  実施回数 |
| 利用者数（人） | うち研修  同意（見込）者 |
| 口腔内のたんの吸引 |  |  | 10回以上 |
| 鼻腔内のたんの吸引 |  |  | 20回以上 |
| 気管カニューレ内部のたんの吸引 |  |  | 20回以上 |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  |  | 20回以上 |
| 経鼻経管栄養 |  |  | 20回以上 |

注１　経過措置による認定証をお持ちの方は、認定を受けているケアの実地研修が免除となります。

注２　本実地研修事業計画書のほか、医師、指導看護職員及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに個別具体的な計画を作成してください。