

平成29年度第1回介護職員等医療的ケア研修（第三号研修・特定の者対象）

受講要件等チェック表

受講者氏名	
-------	--

	チェック項目	内容	チェック
1	勤務する事業所について	たんの吸引等を行う登録事業者となっていますか？ 又は、登録事業者となる予定がありますか？ （はい、登録事業者です。又は予定があります⇒チェック）	<input type="checkbox"/>
2	受講者についての確認	今回の研修は『第三号研修（特定の者）対象』であることをご理解いただいていますか？ （はい、理解しています⇒チェック）	<input type="checkbox"/>
		経過措置の認定証を持っていますか？（今回お申込の対象利用者様以外の方の認定証でも結構です。） （はい、持っています⇒チェック） ※認定証の写しを添付してください。	<input type="checkbox"/>
		第三号研修のうち、既に基本研修を修了していますか？ （はい、修了しています。⇒チェック） ※受講証明書、修了証明書、認定証などの写しを添付して下さい。	<input type="checkbox"/>
3	利用者について	たんの吸引等を利用者から依頼される予定があり、実地研修の際、ご協力いただくことに同意が得られますか？ （はい、同意が得られます。⇒チェック）	<input type="checkbox"/>
4	医師の指示等	実地研修を実施するにあたり、医師の承認・医師の指示（指示書の作成等）が得られますか？ （はい、指示が得られます。⇒チェック）	<input type="checkbox"/>
5	指導者について	実地研修において、指導者として協力いただく方が確保できますか？（はい、確保できます。⇒チェック） 指導予定事業所名： _____ 指導予定担当者：（未定の場合空欄可） _____ 指導者資格： <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定	<input type="checkbox"/>
		指導者となる予定の方は、医師、看護師（准看護師は除く）、保健師、助産師のいずれかに該当していますか？ （はい、該当しています。⇒チェック）	<input type="checkbox"/>
6	提出書類	受講申込書（様式1-1、様式1-2のいずれか）	<input type="checkbox"/>
		チェック表（この用紙）	<input type="checkbox"/>
		基本研修を修了している場合 受講証明書、修了証明書、認定証の写しなど	<input type="checkbox"/>

※書類を確認後、受講決定した方には受講決定通知等を送付いたします。

※不明な場合は、(株)日高見管理本部富樫までお問合せください。