

＜実地研修に必要な書類＞

下記①～⑧及び必要な枚数分の⑨【評価表】を完成させ、資格のトルゼまで送付して下さい。

※グレー  の箇所につきましては、申請事業所様のご記入をお願いいたします。

チェック

① 申込書兼秘密保持誓約書

☐

② 主治医指示書

☐

実地研修を行う利用者様の主治医の方に記入してもらって下さい。

③ 研修実施同意書

☐

実地研修を行う利用者様本人、もしくはご家族の方に記入してもらって下さい。

④ 実地研修確認書及び看護師指導予定表

☐

実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらって下さい。

⑤ 実地研修実施同意書

☐

実地研修の指導講師を依頼される方に記入してもらって下さい。

⑥ ヒヤリハット・アクシデント報告書

☐

実施研修の際にヒヤリハット・アクシデントがあれば指導看護師とともに作成してください。なければ空白のまま評価表と合わせて送付してください。

⑦ ※基本研修を修了している場合、基本研修修了証の写し

☐

⑧ 指導看護師研修修了者又は医療的ケア教員講習会の修了証の写しを添付してください。

☐

⑨ 【評価表】「必要な特定行為」の分の枚数

☐

※特定の行為について、主治医の指示、本人家族の同意等の整合性をご確認いただき、間違いのないようにご使用ください。

※書類が多く、お手数をおかけいたしますが、氏名や生年月日、特定の行為者氏名、特定の行為について、各書類の整合性や不備がないようにご確認願います。（不備がある場合、申請ができない場合があります）

受講料：実地研修のみ：4,400円（消費税込）（受講生1名かつ利用者1名あたり）

〈振込先〉 神戸信用金庫 長田支店 普通0433890
ドクラウドナイン

※実地研修における看護師の講師を訪問看護事業所等へ依頼される場合は別途料金が必要となります。各事業所において料金の設定は異なります。

〈お問合せ先〉 〒653-0037 兵庫県神戸市長田区大橋町1丁目1-7 田中ビル2F
合同会社クラウドナイン 資格のトルゼ宛 担当：鳥居・松浦・井上

TEL:078-742-6161

FAX:078-798-5647

① 喀痰吸引等研修【実地研修】申込書兼秘密保持誓約書

申込日: 年 月 日

◆注意事項(名前の記載)研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

フリガナ			
研修受講者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
研修生住所	〒	研修生電話番号	
事業所名		ご担当者	
事業所住所	〒	TEL	
		FAX	
☑アドレス			
振込名義人		申込み後の連絡先	☐ 研修生本人 ☐ 事業者

【実地研修の申し込み内容】※すでに基本研修を修了していることが必要です。

特定の行為を受けるご利用者氏名	
-----------------	--

様

※必要な行為に○を付けてください(指示書等と違いがないよう確認してください)

1		口腔内の喀痰吸引
2		口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
3		鼻腔内の喀痰吸引
4		鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
5		気管カニューレ内部の喀痰吸引
6		気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
7		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)
8		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)
9		経鼻経管栄養

基本研修修了証明	☐ 資格のトルゼで受講済(基本研修修了証番号:) ☐ 他社で受講済(修了証のコピーを添付してください)
----------	--

秘密保持誓約書

当社(合同会社 クラウドナイン、資格のトルゼ)は、個人情報の取得、利用、提供、保管を行います但其の実施にあたっては個人情報保護法、個人情報保護に関する指針、条例等に沿って適切に行います。

この度、私が貴法人(合同会社 クラウドナイン)の登録研修機関等での手続きにあたり、下記の事項を守り、履行することを誓約いたします。

記

- 上記手続きおよび研修等を実施する上で利用者及びその家族、研修受講者等に関する知り得た秘密及び個人情報については、正当な理由がない限り、第三者には決して漏らさない事を誓約します。
- 貴法人(合同会社 クラウドナイン)の登録研修機関等での手続き修了した後も、前項同様、第三者には決して漏らさない事を誓約します。
- 本誓約に違反し、貴法人(合同会社 クラウドナイン)に損害を与えた場合は、法的な責任を負担するものであることを確認します。また、貴法人(合同会社 クラウドナイン)が被った前項損害の全部または一部を自己の責任において、賠償しなければならないものとします。手続き及び研修等の終了後に発覚したものに関しても、前記の賠償責任を免れる事はできません。
- 当社は、個人情報の取得、利用、提供、保管を行います但其の実施にあたっては個人情報保護法、個人情報保護に関する指針、条例等に沿って適切に行います。
- この書面によるお申し込みを受付した時点より、研修受講者及び事業所の同意を得たものとします。

②実地研修用主治医指示書

年 月 日

患者氏名：		性別：	
生年月日：	年 月 日	年齢：	歳

上記の者に係る研修について、指導看護師等に対し、下記のとおり指示します。

医療機関名： _____

住所： _____

電話： _____

担当医師名： _____

指導看護師事業所名：

指導看護師氏名：

研修生事業所名：

研修生氏名：

※研修生氏名は連名可

特定行為の種類 ※必要な行為に○を付けてください		
1		口腔内の喀痰吸引
2		口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者に限る）
3		鼻腔内の喀痰吸引
4		鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者に限る）
5		気管カニューレ内部の喀痰吸引
6		気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者に限る）
7		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形）
8		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）
9		経鼻経管栄養
特定行為に係る指示		喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等含む）
		経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項含む）
その他留意事項		介護職員等
		看護師等

※この様式はあくまで参考様式となります、別途様式でも代用可能です。

③研修実施同意書(本人・家族用)

年 月 日

研修生事業所名:

研修生氏名:

(複数名であれば連名)

たんの吸引等を受ける者 ※特定の行為を受ける利用者名

署名: _____

代筆者: _____

本人との関係: _____

私は、あなた(あなたがた)が、特定の行為の実地研修を行う事に同意します。

特定行為について、該当欄に○を付けてください

1		口腔内の喀痰吸引
2		口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
3		鼻腔内の喀痰吸引
4		鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
5		気管カニューレ内部の喀痰吸引
6		気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
7		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)
8		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)
9		経鼻経管栄養

※たんの吸引等を受ける者が未成年である場合または、署名もしくは記名押印を行うことが困難な場合には、ご家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人代筆者も署名もしくは記名押印を行ってください。

④実地研修確認書及び看護師指導予定表

年 月 日

研修生氏名：

(複数名であれば連名)

※所持資格等により、研修生ごとに特定の行為が違う場合はコピーしてご使用ください

利用者氏名：		
この利用者に対し、今回研修を行う特定行為に○を付けてください		
1		口腔内の喀痰吸引
2		口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
3		鼻腔内の喀痰吸引
4		鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
5		気管カニューレ内部の喀痰吸引
6		気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者に限る)
7		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)
8		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)
9		経鼻経管栄養
事業所名： (日頃、利用者を看護されている事業所)		
上記の看護師等の氏名： (複数名可)		

指導予定表

今回の「たん吸引等研修」実施に当たり、下記のとおり受講生に対して指導いたします。

事業所名： _____

事業所住所： _____

TEL： _____

FAX： _____

予定される指導看護
師名： _____

⑤ 実地研修実施同意書（訪問看護用）

甲（実地研修講師） は、乙（登録研修機関）合同会社クラウドナイン 資格のトルゼ から委託を受けて、丙（ヘルパー派遣事業所） の喀痰吸引等研修（3号・特定の者対象）、実地研修の研修指導を行うことについて同意いたしました。指導料については、甲（実地研修講師）と丙の間で決定し授受することとします。

年 月 日

甲

訪問看護事業所名：

事業所住所：

予定される指導看護師名：

乙

事業所名：合同会社クラウドナイン 資格のトルゼ 喀痰吸引3号研修係

事業所住所：〒653-0037 兵庫県神戸市長田区大橋町1丁目1-7 田中ビル2F

丙

事業所名：

事業所住所：

研修生名：

（研修生名は連名可）