

**介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者）「第3号研修」**  
**【実地のみ】の申し込みをされる皆様へ**

お申込みの前に

受講申し込みにあたり、下記の要件を満たしていることが必要です。必ずご確認ください。

- 1 医療的ケア(たん吸引・経管栄養等)を必要とするご利用者様が確定していること
  - 2 1のご利用者様が実地研修に同意していること
  - 3 実地研修を評価してくださる連携看護訪問事業所様が確定していること
  - 4 受講者が基本研修免除対象者であること
  - 5 申込事業所様が実地研修をカバーする保険に加入していること
- ※「ケアスクールよすが」では、実地研修先、訪問看護事業所等の紹介は行っておりません。ご了承下さい。
- ※指導看護師の派遣・紹介を希望される場合は事務局までご相談下さい。
- 10,000円(税込) + 交通費実費 ※行為数に関わらず試験2回分を想定しております。

1. お申込み

必要書類の提出：①～④をメール（推奨）もしくはFAXにてお送り下さい。送付後③様式2は原本を事務局までお送り頂き、④様式3は原本をご利用者様へお渡し下さい。

① 事業所用受講申込書【様式1a】

- ・事業所様が受講申込みをされる介護職員等とご利用者様をとりまとめてご記入下さい。申込書類の頭紙となるものです。

② 受講者用申込書【様式1a-1】

- ・受講者1人につき1枚を提出して下さい。
- ・基本研修免除を示す証明書類（修了証、従事者認定証など）を添付して下さい（コピー可）。  
お手持ちの書類の該当性が不明な場合はお問合せ下さい。
- ・本人確認書類として、以下より1点を提出して下さい（コピー可）。

※免除書類に従事者認定証を添付の場合は提出不要です。

戸籍謄本（または抄本）／住民票／□マイナンバーカード（顔写真の面のみ）／在留カード等／健康保険証／  
運転免許証／パスポート／年金手帳／国家資格を有する者については免許証または登録証

③ 指導看護師等の派遣承諾書／指導看護師等の派遣依頼に伴う誓約書【様式2】

- ・必要事項を記入・押印後、原本をケアスクールよすがまでお送り下さい。  
介護事業所、訪問介護事業所様は、それぞれコピーを保管下さい。
- ※本紙は、原則として申込みごとの提出が必要です。
- ※指導・評価する予定の看護師等に第3号研修の指導資格がない場合は、実地研修前に『指導者養成研修』の受講をお願いして下さい。

④ 実地研修同意書【様式3】

- ・ご利用者様の署名・捺印が必要です（ご家族による代筆可）。
- ・原本はご利用者様にお渡し下さい。

## 2. 受講決定

- ・書類受理後、順次介護事業所様宛に**受講決定通知書**をお送り致します（メール・LINE・FAX）。内容をご確認下さい。
- ・費用につきましては、受講者（介護職員等）1名とご利用者様1名の組み合わせ1組につき、**3,000円(税込)**の事務手数料をご請求致します。
- ・入金確認後、実地研修時必要書類（下記3-①②③）お送り致します。

- ・**指導看護師の派遣・紹介を希望される場合**、受講者（介護職員等）1名とご利用者様1名の組み合わせ1組につき**10,000円(税込)**と**交通費実費分**をご請求致します。行為数に関わらず試験2回分を想定しております。

実地研修が所定回数もしくは合格基準に達しない場合など、追加費用として**1試験につき5,000円(税込)** ご請求致します。

※お申込み後に研修が終了しなくても、キャンセル・返金には応じられません。予めご了承下さい。

※受講決定前に行った実地研修、及び指導資格のない看護師等による評価は無効です。

## 3. 実地研修の期間

**6か月以内**に実地研修を終了し、以下の3点をケアスクールよすがへ提出して下さい（メール・FAX・郵送）

尚、評価票と評価まとめ票については、記入漏れ、誤記、申込書との不整合など、提出前の内容点検をお願い致します。

不備等により、確認に時間を要したり、再提出となった場合は、修了証作成が遅くなりますので、ご了承下さい。

①評価まとめ票【様式5】

②評価票【様式6】

③実地研修受講決定者リスト兼結果報告書【様式4】

※ご利用者様の入院など、やむを得ない理由で延長が見込まれる状態になった場合は、事務局までご連絡をお願い致します。

期限延長を承ります。

## 4. 修了証の発行

①評価まとめ票【様式5】②評価票【様式6】③結果報告書【様式4】を確認し、「ケアスクールよすが」より【修了証書】を発行致します。

通常、ご提出より1週間から10日間を目安に介護事業所様へ送付できるよう務めています。

尚、紛失等で再発行を希望される場合、再発行手数料として**2,200円（税込）**を徴収致します。

別紙フロー図もご用意しておりますのでご参考下さい。

その他、お問い合わせ等につきましては、下記までご連絡をお願い致します。

**【お問い合わせ先】 株式会社Soura ケアスクールよすが事務局**  
〒113-0022 東京都文京区千駄木3-42-5 セントラルヴィラ千駄木102号室  
TEL 03-6821-1855 FAX 03-6732-1494 メール [c.s.yosuga@gmail.com](mailto:c.s.yosuga@gmail.com)

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者）「第3号研修」

## 【実地のみ】の申し込みをされる皆様へ

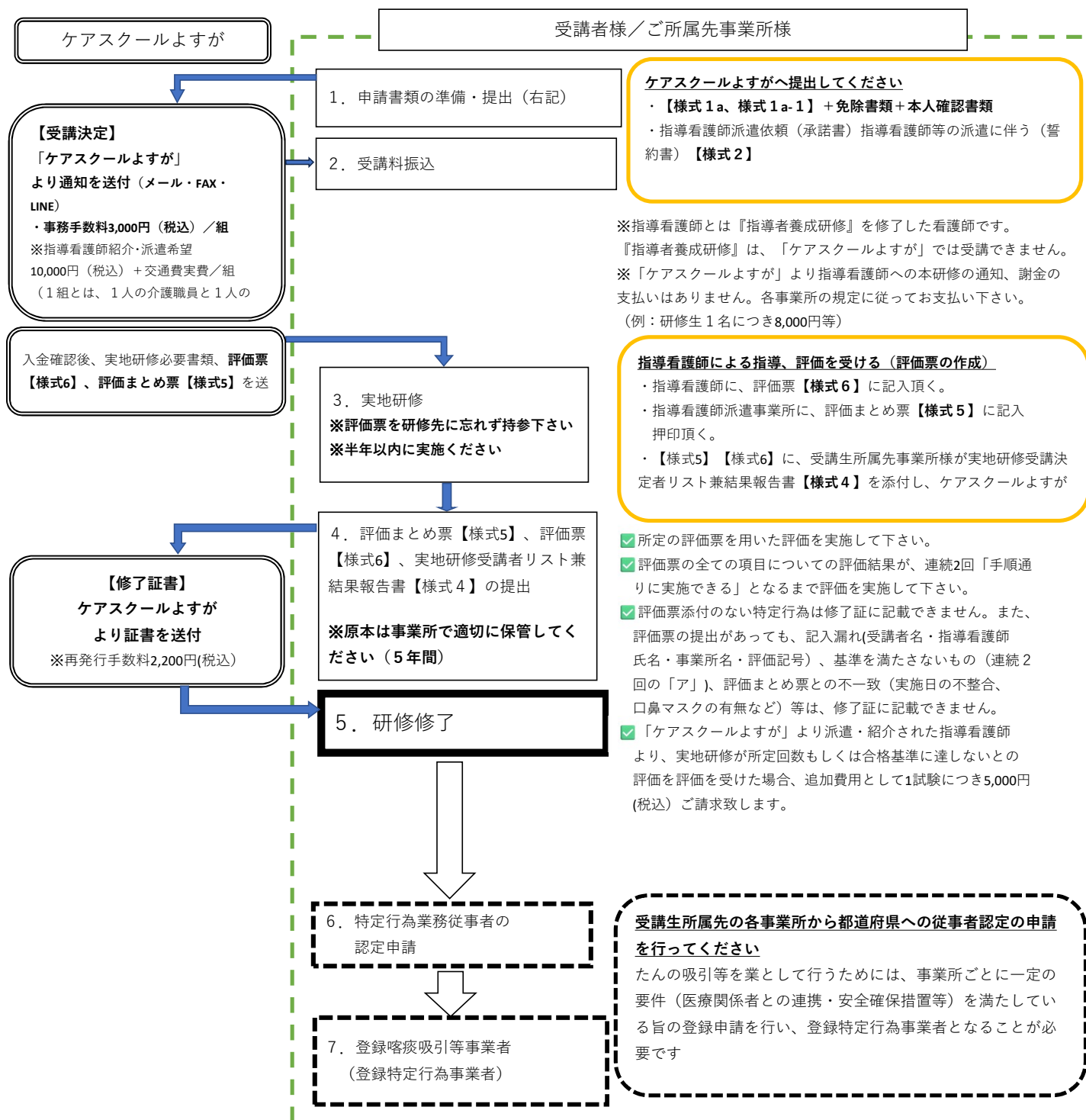
たんの吸引等を業として行うまでの全体の流れは、以下の通りです。

「ケアスクールよすが」では、基本研修の開催・修了証書の発行業務のみを致しますので、

実施の実地研修の業務は事業所ごとに行って下さい。

指導看護師の派遣、紹介を希望される場合は事務局までご相談下さい。10,000円（税込）＋交通費実費。

※行為数に関わらず試験2回分を想定しております。



【お問い合わせ先】 株式会社 S o u r a

〒113-0022 東京都文京区千駄木3-42-5

TEL 03-6821-1855 FAX 03-6732-1494

ケアスクールよすが事務局

セントラルヴィラ千駄木102号室

メール c.s.yosuga@gmail.com

<b>(株) S o u r a ケアスクールよすが</b> <b>介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 (特定の者) 第3号研修</b>	<b>実地のみ</b> <b>受講申込書</b>
---	-----------------------------

【ご所属先事業所名】	【事業所住所】 〒	
【連絡先電話番号】	【FAX番号】	【問い合わせ担当者名】
【ご連絡先メールアドレス (任意)】	【損害賠償保険制度への加入の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    ※保険等加入後、改めてお申し込み下さい	

1 下記のとおり受講申し込み致します。尚、提出書類の記入事項に明らかな誤りがあるときには、ご連絡を頂いた上で、当該事項について貴社が加筆修正することに同意します。

(1) 申込人数等 ※下記の事項について、ご記入下さい。(合計)

申込人数：  計 _____ 人	協力訪問看護事業所数： (指導看護師等派遣事業所数)  _____ ケ所
------------------------	---

(2) 申込み頂いた介護職員と利用者、指導看護師等派遣事業所の組み合わせを下記の表にご記入下さい。

※指導看護師等資格について：

指導看護師の指導資格がない場合は指導評価ができませんので、実地研修までに指導者養成研修の修了をお願い致します。

申込者 記入不要	介護職員等の氏名	ご利用者様の氏名	指導看護師派遣事業所名	指導看護師資格		事務局使用欄	
1	(フリガナ)	(フリガナ)		有	無	1	2
						3	済
2	(フリガナ)	(フリガナ)		有	無	1	2
						3	済
3	(フリガナ)	(フリガナ)		有	無	1	2
						3	済
4	(フリガナ)	(フリガナ)		有	無	1	2
						3	済
5	(フリガナ)	(フリガナ)		有	無	1	2
						3	済

※ 1 枚に記載できない場合は、当様式を必要部数印刷してご使用下さい。

提出先：c.s.yosuga@gmail.com

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大 1 年間保管し、当スクールで責任をもって処分させていただきます。

(3) 本紙は介護職員等1人につき1枚を提出して下さい。

様式1a-1 (受講者申込書)

【受講者氏名】フリガナ	【性別】 男 女	【介護職資格】
【生年月日】 昭和・平成                      年                      月                      日		【所属先または学校名】
【受講者住所】    〒		
【電話番号（携帯番号推奨）】		

(4) 基本研修免除の為の確認  
①よりA～Cのいずれかに○を、②より本人確認書類を1点☑し、それぞれ(写)を提出して下さい。※Cの場合は②不要

①基本研修免除のための提出書類 (写)		②本人確認書類として、いずれか1点 (写)	
A	登録研修機関発行 第3号研修(特定の者) <b>基本研修修了証</b>	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(抄本) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証  <input type="checkbox"/> 住民票・マイナンバーカード(顔写真の面のみ)	
B	登録研修機関発行 重度訪問介護従事者 <b>統合過程修了証</b> または携帯用カード	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード  <input type="checkbox"/> 介護福祉士等 <u>国家資格証明書</u> (免許証又は登録証)	
C	都道府県発行 <b>認定特定行為業務従事者認定証</b> (経過措置対象者も含む) ※②の本人確認書類は不要。 <u>証書の受講者氏名等の個人情報欄、認められた行為の記載面</u> をコピーして提出して下さい		

(5) 実地研修を予定している利用者の状況

NO	利用者の氏名	人工呼吸器装着		本研修で実施予定の利用者に必要な行為(○をつけて下さい)					備考
1	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ内	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
2	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ内	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
3	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ内	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
4	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ内	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	
5	(フリガナ)	有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ内	胃ろう・ 腸ろう	経鼻経管	

※添付書類が不鮮明な場合、メールによる画像提出をお願いすることがあります。

※ご利用者様が5名以上となった場合は、当様式を必要部数印刷してご利用下さい。

提出先：c.s.yosuga@gmail.com

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大1年間保管し、当スクールで責任をもって処分させていただきます。

※有効期限 記入日付より3カ月

(指導看護師派遣事業所記入)

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）

## 指導看護師等の派遣【承諾書】

当事業所は、（乙）の介護職員等が（株）S o u r a ケアスクールよすが（以下「ケアスクールよすが」という。）」が実施する標記研修において、下記【誓約書】に基づき実地研修を行う際に、指定の研修を修了した指導看護師等を派遣し、実地研修の指導及び評価（評価票等作成含む）を行うことを承諾します。

令和 年 月 日

法人名・事業所名

（甲）事業所代表者氏名

印

事業所住所 〒

電話番号

ご担当者名

指導看護師資格の有無（○をつけて下さい）・・・有り・無し

⇒指導看護師の指導資格が【無し】の場合は指導評価ができませんので、  
実地研修までに指導者養成研修の修了をお願い致します。

(研修申込事業所等記入)

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）

## 指導看護師等の派遣依頼に伴う【誓約書】

当事業所は、標記研修に係る実地研修において、実地研修の指導及び評価を貴事業所（甲）へお願いするにあたり、以下のことをお約束します。

- 1 実地研修受講者は標記研修の受講が決定した介護職員等です。
- 2 本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にたんの吸引等により適切に実施するために、受講するものです。
- 3 本研修の受講申込み及び研修結果の報告においては、協力指導看護師派遣事業所名を特定しなければならないので東京都に報告しますが、それ以外は事業所名が分かることは記載しません。
- 4 実地研修中はもちろん、研修後においても、あなた様に不利益となることは致しません。

なお、実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況を「ケアスクールよすが」に報告頂くこと、および「ケアスクールよすが」では、実地研修において一切の責任を負わない旨のご了承をお願い致します。

令和 年 月 日

法人名・事業所名

印

（乙）事業所代表者氏名

※注1 甲（コピー）乙（コピー）ともに1通を保管する。押印した本紙原本を乙より「ケアスクールよすが」に送付して下さい。

※注2 謝金について。本校より指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に従ってお支払い下さい。

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大1年間保管し、当スクールで責任をもって処分させていただきます。

※有効期限 記入日付より 3 カ月 ※提出済の同意書への加筆不可

(ご利用者様記入)

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）

## 実地研修【同意書】

私は、① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

⑤ \_\_\_\_\_ さんが、標記研修の実地研修として下記の【誓約書】に基づき、指導看護師等の指導のもと、  
必要な実習を行うことを承諾し、協力します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

(ご利用者) 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑥

※利用者の意思が確認できない場合等は、ご家族等が「ご利用者の氏名と住所」を代筆、捺印して下さい。

(研修申込事業所等記入)

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）

## 実地研修【誓約書】

私は、標記研修の実地研修におけるたんの吸引等の実習を、 \_\_\_\_\_ さんをお願いするにあたり、  
(ご利用者様名)  
以下のことをお約束します。

- 1 本研修は、私が今後あなた様にたんの吸引等のケアをより安全に提供するために行うものです。
- 2 実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況を所属事業所に報告致します。
- 3 本研修の受講申込み及び実習結果の報告においては、個人を特定しなければならないので、あなたの氏名を東京都に報告しますが、それ以外は個人名が分かることは記載しません。
- 4 実地研修中はもちろん、研修後においても、あなた様に不利益となることは致しません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

法人名・事業所名 \_\_\_\_\_ ⑦

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

氏名④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_

※利用者、受講者、「ケアスクールよすが」とともに各 1 通を保管する。

(受講者は 2 枚コピーし、原本を利用者に渡し、1 通は「ケアスクールよすが」へ提出し、1 通は受講者が保管する)

※押印・署名等不鮮明な場合、メールによる画像提出をお願いすることがあります。

提出先：c.s.yosuga@gmail.com

修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大 1 年間保管し、当スクールで責任をもって処分させていただきます。