

**令和2年度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)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	たんの吸引等を業として行う（登録事業者）となる予定がありますか？ （はい、あります。→チェック）	<input type="checkbox"/>
2	受講者についての確認	医療機関、介護療養病床、肢体不自由児施設・重度心身障害児施設に勤務していませんか？ （はい、勤務していません。→チェック）	<input type="checkbox"/>
		「不特定の者」に対して、たん吸引等を行うことを希望していませんか？ （はい、希望していません。→チェック）	<input type="checkbox"/>
		現在、「違法性阻却」によるたんの吸引等を行っていませんか？（「違法性阻却」から除外されていたケアを研修の対象とする場合は、受講可。） （はい、行っていません。→チェック）	<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、本研修課程（実地研修）においても協力いただくことに同意を得ていますか？ （はい、同意を得ています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
4	指導者について	本研修課程（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ていますか？ （はい、確保できています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
		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"/>
		指導者となる予定の方に対して、指導者となるためには、厚生労働省が作成したマニュアルにより自己学習を修了する必要があることを説明し、了解を得ていますか？ （はい、了解を得ています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
5	提出書類	別紙1「受講申込書」	<input type="checkbox"/>
		別紙2「チェック表」	<input type="checkbox"/>
		返信用長3封筒（84円切手貼付）/1名毎	<input type="checkbox"/>

※本チェック表も、受講申込書とあわせて送付願います。