医療的ケア児等短期入所サービス職員ケア実習申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込事業所（施設）名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 担当者 |  |
|  | 職名・氏名 |
| 実習参加者 | 氏名役職・職種 |  | 希望日 |  |
| 氏名役職・職種 |  | 希望日 |  |
| 氏名役職・職種 |  | 希望日 |  |
| 氏名役職・職種 |  | 希望日 |  |
| 氏名役職・職種 |  | 希望日 |  |
| 希望する実習内容・特に希望する項目〔３つ以内〕に☑をつけてください。（※併せて選択した項目の「実習内容」のうち、特に実習を希望するものにも☑を付けてください。〔複数選択可〕）※実習参加者によって希望内容が異なる場合は、別葉としてください。※単なる施設見学は、本事業の対象外です。 | 項目 | 実習内容 |
| □概要説明 | 　実習施設の概要及び重症児者の特性等  |
| □重症児者ケアの特殊性 | □健康管理 □ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ □家族連携 |
| □介助関係 | □姿勢管理 □食事　 □排せつ□移動 □入浴　　　　□更衣 |
| □医療的ケア　関係 | □喀痰吸引 □経管栄養 □呼吸管理□口腔ケア |
| □その他 | 具体的な内容を記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記の項目以外で、医療的ケア児等の受け入れに当たって知りたいことがあれば、お書きください。 |  |
| 申込の理由（該当する番号に☑を付けてください。） | □　医療型短期入所事業所□　医療型短期入所事業所の開設を検討中□　福祉型短期入所事業所として医療的ケア児等の新規受入又は受入拡大を検討中 |

※送付先　（福）旭川荘　旭川児童院（担当：村下）

　　　　　TEL:０８６－２７５－４５１８　FAX:０８６－２７５－９３２３

Mail:phn@jidouin.jp