公益財団法人介護労働安定センター愛媛支部　喀痰吸引等研修　推薦状

　　　年　　月　　日

公益財団法人　介護労働安定センター愛媛支部

支部長　木藤　環　殿

法人名：

施設・事業所名：

住所：

代表者名：

担当者名：

電話・FAX：

介護職員等によるたんの吸引等実施のため、喀痰吸引等研修の受講者として、以下の当施設（事業所）の職員を推薦します。

1. 推薦する受講者名
2. 実地研修先について

□　自施設（事業所）

□　自施設（事業所）以外

法人名：

施設・事業所名：

代表者名：

３　実地研修の指導看護師について。

* 既に、指導看護師がいる

「〔様式2号〕指導看護師調書及び承諾書」、「保有資格の免許証（写）」及び「喀痰吸引等研修（不特定の者対象）指導者養成研修修了証」（写）もしくは「医療的ケア教員講習会修了証（写）」を添付してください。

* 受講申込時点で、指導看護師はいない

※指導看護師になられる方には、実地研修が開始する前に、「医療的ケア教員講習会」を受講し、指導看護師の資格を取得していただく必要があります。

４　お申込日現在における実地研修先のご利用者様状況について、お伺いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔内の喀痰吸引 | 人 |
| 鼻腔内の喀痰吸引 | 人 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 人 |
| 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 | 人 |
| 経鼻経管栄養 | 人 |