

# 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講推薦書兼申込書

[様式1号]

公益財団法人介護労働安定センター  
広島支部長 殿

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（第二号研修）の受講者として、以下の者を推薦の上、受講を申込みます。

法人名 \_\_\_\_\_  
 施設・事業所名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 電 話 ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

## ■喀痰吸引等研修（第二号研修）の受講を推薦する者

受 講 申 込 者 名	(ふりがな)	男 ・ 女	生 年 月 日			
			S・H	年	月	日
自 宅 住 所	〒 _____					
連 絡 先	電話番号	( )	携帯番号	( )		
希望する研修課程に○をつけてください。 ※(2)、(3)の申込み者は〔様式3-1号〕一部履修免除申請書、修了証書等の写しが必要となります。						
(1) 第二号研修		(2) 科目免除コース		(3) 特定行為の追加コース		
修了を希望する行為を○で選んでください。 ※胃ろう又は腸ろうによる経管栄養については、 <b>滴下型は必須</b> となります。						
1. 口腔	2. 鼻腔	3. 気管カニューレ	4. 胃ろう又は腸ろう (滴下型)	5. 胃ろう又は腸ろう (半固形の栄養剤)	6. 経管栄養	
希望する演習（対面）会場に○をつけてください。 (各会場に定員があるため希望に添えない場合がございます。その際はご相談させていただきます。)						
1. 東広島			2. 広島			

## ■実地研修実施に関わる確認事項

実地研修先の確保	可 ・ 不可					
実地研修先を確保できる場合、貴施設における各医行為対象となる利用者人数	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数		
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう (滴下型)	胃ろう又は腸ろう (半固形の栄養剤)	経鼻経管
	人	人	人	人	人	人
*実地研修指導看護師*	有 ( 名)			無		
貴施設において、他施設の介護職員等の実地研修受入は可能ですか	可 ( 名の受入が可能)			不可		
貴施設は「喀痰吸引等の登録事業者」に登録済みですか	登録済 ・ 未登録 ・ 登録申請予定 ( 年 月)					

\*有の場合は、〔様式2号〕指導看護師調書及び承諾書、指導者養成講習もしくは医療的ケア教員講習会の修了証(写)、講師履歴書が必要となります。(過去に提出いただいている場合は不要)

## ■人材開発支援助成金等の申請の有無

(どちらかに○をつけてください。)

有	無
---	---