**公益財団法人介護労働安定センター香川支部　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香川支部　　支部長　桑原　弥生　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 施設・事業所名 |  | | |
| 代表者名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 研修担当者名 |  | TEL | 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。

推薦する受講者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ  氏名 | 自宅住所 | 生年月日 | 性別 | 希望の研修課程 |
| 1 | フリガナ | 〒 | S・H　　年  月　　日 | 男  女 | 第一号二号  免除・特定 |
| 2 | フリガナ | 〒 | S・H　　年  月　　日 | 男  女 | 第一号二号  免除・特定 |
| 3 | フリガナ | 〒 | S・H　　年  月　　日 | 男  女 | 第一号二号  免除・特定 |

1. 実地研修先について

　自施設（事業所）　　自施設外法人名：

施設・事業所名：

代表者名：

２　お申込日現在における実地研修先のご利用者様状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（人） | | | 経管栄養の対象者数（人） | | |
| 口腔 | 鼻腔 | 気管  カニューレ | 滴下 | 半固形 | 経鼻経管 |
|  |  |  |  |  |  |

３　指導看護師について（資格取得予定者も記入）

1. 既に介護労働安定センター香川支部で実地研修指導経験の方は「指導経験あり」の年度に〇をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名　1 |  | * 指導経験あり　R3年度　R4年度　R5年度　R6年度 * 取得予定　（　　）月 |
| 氏名　2 |  | * 指導経験あり　R3年度　R4年度　R5年度　R6年度 * 取得予定　（　　）月 |
| 氏名　3 |  | * 指導経験あり　R3年度　R4年度　R5年度　R6年度 * 取得予定　（　　）月 |