**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
 |