

令和7年度喀痰吸引等研修

第一号・第二号研修

科目免除コース ・ 特定行為の追加コース

費 用	科目免除コース 15,000円(税込み) 特定行為の追加コース 15,000円(税込み)
募集対象者	◇ 科目免除コース : 実務者研修修了者対象 ◇ 特定行為の追加コース : 第二号研修を修了しており、追加で特定行為の修了を希望する方 ①三重県内の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、障害者(児)施設等(医療機関を除く)、居宅サービス事業等に就業している介護職員(資格は問いません)。 ②現在勤務する事業所の利用者に上記医行為を行う対象者がいること。 ③指導看護師(准看護師は不可)がおり、シミュレーション演習・実地研修に際し、受講者の指導を行うことができること。
会 場	受講生所属事業所
損害保険料	実地研修にかかる受講生の損害保険料は(公財)介護労働安定センターが負担します。
申込み方法	・『受講推薦書兼申込書』『指導看護師調書及び承諾書』に必要事項をご記入のうえ、「実務者研修修了証書(写)」と併せてFAX、又は郵送してください。 ・受講申込後、当センター所定の「請求書兼払込取扱票」が申込事業所に届きますので、支払い期限に振込みをお願いします。 ・入金確認後、実地研修に係る書類をお送りいたします。

お問い合わせ

(公財)介護労働安定センター三重支部

住所:〒514-0009 津市羽所町513 サンヒルズ2階

電話:059-225-5623 FAX:059-253-1119

担当者:花崎



公益財団法人 介護労働安定センター三重支部
喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講推薦書兼申込書

（公財）介護労働安定センター三重支部
 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（第一号研修及び第二号研修）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 _____ 印
 担 当 者 名 _____
 電 話・FAX _____

■喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の受講を推薦する者

受 講 申 込 者 名	(ふりがな)	生 年 月 日	
		年 月 日 () 歳	
自 宅 住 所	〒		
連 絡 先	電話番号	携帯番号	

希望する研修課程（希望する行為）に○をつけてください。	(1) 特定行為の追加コース（追加で修了を希望する行為に○を付けてください）				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管
	(2) 科目免除コース（修了を希望する行為に○を付けてください）				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管

※(1)、(2)の受講を希望する方は、修了証書等の写しを添付してください。

■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	気管チューブ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
実地研修指導看護師 (注1)	有 ・ 無				
複 数 名 申 込 の 場 合 、 上 記 推 薦 者 の 優 先 順 位	_____ 名申込のうち _____ 位				
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				

(注1) 貴施設に演習及び実地研修実施の指導看護師が在籍している場合は、[様式2号]指導看護師調書及び承諾書、指導看護師の指導者養成講習修了書の写しもしくは医療的ケア教員講習会修了書の写しが必要となります。

喀痰吸引等研修にかかわる演習及び実地研修
指導看護師 調書及び承諾書

(ふりがな) 氏名			
生年月日	年　月　日生（　）歳		
勤務先 ※「施設所在地」 については、〔様 式１号〕と同じ 場合は省略可能 です。	施設名		
	施設 所在地	〒 TEL FAX	
勤務先の種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 病院・診療所 (3-1 介護療養型医療施設 3-2 介護療養型医療施設以外) 4. 医療・看護系大学又は療養所 5. その他(具体的に：)		
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
免許	取得年月日：(西暦) 年 月 日 免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許について、記載してください。		
「指導者養成講習」及び「医療的ケア教員講習会」等の修了状況	修了年月日：	年 月 日	修了証書番号：
	修了証書発行機関： ※修了証書の写しを添付してください。		
職歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 () 年 () か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 () 年 () か月 c. 上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 () 年 () か月		

介護職員等による喀痰吸引等研修における演習及び実地研修指導講師とし、
受講（希望）者_____の指導及び評価にあたることを承諾します。

年 月 日

指導看護師氏名

印