

**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	気管カニューレ	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。