

## 医療的ケア教員講習申請書

公益財団法人 介護労働安定センター長野支部長 様

標記講習会に下記のとおり申し込みます。

記

(ふりがな) 氏名	( )	生年 月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
現住所	〒		
現在の 勤務先	法人名		
	施設名		
	〒 施設所在地： TEL FAX		
勤務先の 施設種別	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 介護医療院    3-3 それ以外) 4. 医療・看護系大学又は養成所    5. その他 ( )		
事業者種類	登録特定事業者 ・ 登録喀痰吸引等事業者 ・ 登録していない		
講習に関する お知らせ等の 送付先	<b>勤務先に送付    ・    現住所に送付    ・    以下の住所に送付</b>		
保有資格	住所：〒 TEL FAX		
保有資格	1. 医師    2. 保健師    3. 助産師    4. 正看護師 ※保有する資格証の写しを添付（注1参照）		
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 * 准看護師としての経験年数は含めないこと。 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		
講習修了後は、医療的ケアの講師又は指導者として、喀痰吸引等研修の講師又は指導者として協力します。			
同意者名		印（受講者の署名及び捺印をしてください。）	

注1 該当する資格証の写しを添付してください。複数の資格を所持している場合は、医師については医師免許のみを、保健師、助産師、看護師については看護師免許のみとしてください。

**医療的ケア教員講習受講推薦書  
及び実地研修等の協力に関する状況報告書**

介護労働安定センター長野支部長 様

法人名

事業所名

代表者名

当該指導者養成講習の受講にあたり、下記の者の受講について推薦します。  
なお、医療的ケアの講師又は指導者として、喀痰吸引等研修の講師又は指導者として当該職員の講習への派遣、受入れ等に協力をおこないます。

記

- 1 所属機関名
- 2 職 名
- 3 受講推薦者名（施設長等）
- 4 他の法人の職員等の喀痰吸引等研修実地研修の受け入れ可否  
可 ・ 否
- 5 実地研修の実施状況について  
実地研修の実施可能な医療行為の範囲は、次のとおりです。

（ 年 月 日現在）

省令上の行為 (省令別表第1及び第2)	類型区分	
	通常手順	人工呼吸器装着者
口腔内の喀痰吸引		
鼻腔内の喀痰吸引		
気管カニューレ内部の喀痰吸引		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		/
経鼻経管栄養		/

※ 実地研修を実施できる対象者の人数を記入してください。

※ 実地研修実施可能とは、事業所における安全対策等が整備され、医師が介護職員等による喀痰吸引等を実施することが可能と判断する対象者がおり、その対象者（又は家族）が研修の実施について同意している場合をいう。