公益財団法人介護労働安定センター新潟支部　喀痰吸引等研修　推薦状

　令和　年　　月　　日

公益財団法人　介護労働安定センター新潟支部

支部長　川崎　徹也　殿

法人名：

施設・事業所名：

住所：

代表者名：

担当者名：

電話・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。

1. 推薦する受講者名
2. 実地研修先について

□　自施設（事業所）

□　自施設（事業所）以外

法人名：

施設・事業所名：

代表者名：

３　実地研修の指導看護師について。

* 既に、指導看護師がいる

「〔様式2号〕指導看護師調書及び承諾書」、「保有資格の免許証（写）」及び「指導看護師の指導者養講習修了証」（写）もしくは「医療的ケア教員講習会修了証（写）」を添付してください。

* 受講申込時点で、指導看護師はいない

※指導看護師になられる方には、実地研修が開始する前に、県の指定講習「喀痰吸引等研修事業実施のための指導者養成講習」もしくは「医療的ケア教員講習会」を受講し、指導看護師の資格を取得していただく必要があります。

４　お申込日現在における実地研修先のご利用者様状況について、お伺いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔内の喀痰吸引 | 人 |
| 鼻腔内の喀痰吸引 | 人 |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 人 |
| 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 | 人 |
| 経鼻経管栄養 | 人 |

≪最終確認≫

受講申込にあたり、同封書類の確認リスト

□　 受講申込書

□　 推薦状

□　 卒業証明書（写）もしくは修了証（写）（科目免除対象者）

□　※　実務者研修修了者の場合は、医療的ケア科目７「高齢者及び障害児・者の喀痰吸引実施手順解説」、科目９「高齢者及び障害児・者の経管栄養実施手順解説」を含む科目をスクーリングで受講したことの証明書（写）

□　 喀痰吸引等研修修了証（写）（特定行為の追加希望者）

□　 実地研修に係る確認シート

【既に指導看護師がいる場合】

□　〔様式3号〕指導看護師調書及び承諾書

□　正看護師・保健師・助産師・医師の資格証（写）

□　「指導看護師の指導者養講習修了証」（写）もしくは「医療的ケア教員講習会修了証（写）」

* お申し込み時点で、指導看護師がおられない場合は、実地研修が始まる前に「〔様式3号〕指導看護師調書及び承諾書」、正看護師・保健師・助産師・医師の資格証（写）、「指導看護師の指導者養講習修了証」（写）もしくは「医療的ケア教員講習会修了証（写）」を提出していただく必要があります。