

公益財団法人介護労働安定センター沖繩支部 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沖繩支部
支部長 山下 尊之 殿

法 人 名 :

施設・事業所名 :

住 所 :

代 表 者 名 :

印

担 当 者 名 :

電 話 ・ F A X :

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「指導者養講習修了証（不特定の者対象）」（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（不特定の者対象）」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