

別紙様式 1

令和 年 月 日

一般社団法人岐阜県老人福祉施設協議会
会長 若山 宏 様

事業所住所 _____

事業所名 _____

施設長名 _____ 印

令和 6 年度
喀痰吸引等研修（ 第二号研修 ）の申込について

下記のとおり必要書類を添えて申しいたします。

記

【添付書類】

- ・別紙様式 2 「受講申込書」
- ・認定特定行為業務従事者認定証の写し（該当者のみ）
- ・実務者研修終了証（医療的ケア 50 時間講義及び演習終了が証明できる書類）の写し
- ・実地研修を行う指導看護師の講習会修了証の写し（該当者のみ）

申込み前にもう一度確認してください

チェックリスト

- 必要な提出書類が揃っている
- 受講資格をすべて満たしている
- 実地研修を行うための指導看護師を確保している
- 実地研修を行うために利用者の同意を得ることができる
- 募集要項の注意事項を了承している

喀痰吸引等研修 受講申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日・年齢
氏名			S・H 年 月 日生
介護経験	年 ヶ月		() 歳
受講者住所	〒		
受講区分	<input type="checkbox"/> 第2号研修 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 希望する行為にチェック (4つまで) </div>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
勤務先	法人名		
	施設名		
	所在地	〒	
	TEL		
	E-mail		
	申込担当者		

※基本演習（演習） カリキュラムを終えているかチェックをして下さい。

医療的ケアの種類【基本】	実施回数	チェック欄
① 口腔内の喀痰吸引	5回以上	
② 鼻腔内の喀痰吸引	5回以上	
③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	5回以上	
④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）	5回以上	
⑤ 経鼻経管栄養	5回以上	
⑥ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤による実施）	5回以上	
⑦ 救急蘇生法	1回以上	

2

対象者の 状況	項 目	対象者人数
	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
	胃ろうによる経管栄養	人
	腸ろうによる経管栄養	人
	経鼻経管栄養	人

3 実地研修先

	所属施設・事業所等
	所属施設・事業所等以外で内諾を得ている

所属施設・事業所以外で内諾を得ている施設・事業者について	
施設・事業所の名称	
サービスの種別	
担当者氏名	
担当者連絡先	TEL FAX

4 実地研修指導看護師（自施設・事業所以外の内諾を得ている指導看護師も含む）

フリガナ	
指導看護師 氏名	印
所属施設名	
<input type="checkbox"/> 私は喀痰吸引等研修の実地研修において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。	
	平成 22 年度以降に国又は県が実施した指導者講習会を修了しました ⇒ 修了証の写しを添付
	医療的ケア教員講習会を修了しました ⇒ 修了証の写しを添付

該当箇所に○をつける