

三重介護福祉専門学校 様

平成29年度喀痰吸引等研修(第1・2号研修)(不特定多数の者対象)受講推薦書兼  
申込書

## 1. 受講申込者(法人、事業所の代表者)

名称 (法人・事業所)			
代表者 職・氏名	印		申込担当者 職・氏名
連絡先	住所:(〒 - )		
	TEL	FAX	E-Mail

※受講決定(不決定)の連絡は、文書を送付します。(連絡先は、文書の送付、問合せに使用させていただきます。)

## 2. 受講希望研修(実地研修) (\*①・②どちらかに○印をつけて下さい。)

- ① 基本研修+実地研修                      ②基本研修免除(実地研修のみ)

## 3. 喀痰吸引等研修(第1・2号研修)の受講を推薦する者

(ふりがな) 受講 申込者名		男 ・ 女	生 年 月 日	
			年	月 日 ( ) 歳
自宅住所	〒			
連絡先	電話番号	携帯番号		

※氏名・生年月日は修了証書作成時に使用しますので、正確に記入してください。

## 4. 実地研修実施に係る確認事項

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
実地研修指導者看護師(注1)	有 ・ 無				
複数名申し込みの場合 下記推薦者の優先順位	名申込のうち 位				

(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]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。

喀痰吸引等研修にかかわる演習及び実施研修  
指導看護師 調書及び承諾書

(ふりがな) 氏 名					
生年月日	(西暦) 年 月 日生 ( ) 歳				
勤 務 先 ※「施設所在地」 については、[様式 1号] と同じ場合 は省力可能です。	<table border="1"> <tr> <td>施設名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>施 設 所在地</td> <td>〒  TEL  FAX</td> </tr> </table>	施設名		施 設 所在地	〒  TEL  FAX
施設名					
施 設 所在地	〒  TEL  FAX				
勤 務 先 の 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 介護療養型医療施設以外) 4. 医療・看護系大学・療養所                  5. その他(具体的に )				
保有資格	1. 医師      2. 保健師      3. 助産師      4. 正看護師 ※該当するものに全てに○をつけて下さい。				
免 許	取得年月日：(西暦) 年 月 日 免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許についで、記載してください。				
「指導者養成 講習」及び「医 療的ケア教員 講習会」等の 修了状況	修了年月日： 年 月 日   修了証書番号： 修了証書発行期間： ※修了証書の写しを添付してください。				
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 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				

介護職員等による喀痰吸引等研修における演習及び実施研修指導講師とし、  
受講(希望)者 \_\_\_\_\_ の指導及び評価にあたることを承諾しま  
す。

平成 年 月 日

指導看護師氏名 \_\_\_\_\_