

令和 7 年度 佐賀県喀痰吸引等研修 第三号研修
現場演習・実地研修 受講申込書

令和 年 月 日

研修機関長 様

(受講を申し込む施設・事業所等)

住 所
名 称
施設・事業所等の長

(受講を申し込む介護職員等)

所属事業所 名 称
受講申込者 氏 名

当施設・事業所等は、上記職員について指導看護師の下、下記の対象者について現場演習と実地研修を実施したく、①(年度初めの申込みの場合のみ)「受講申込者調書(様式3-2)」、②利用者、主治医及び指導看護師からの「受講にあたっての同意書(様式4)」、③「基本研修受講証明書(写し)」、④(指導看護師が必要な研修を受講済みの場合のみ)「修了証明書(写し)」を添えて受講を申し込みます。なお、「体制整備に係る確認事項チェックシート(参考①)」の11項目の要件を全て満たしていることを確認しました。

記

担当予定の指導看護師

No.	氏名	所属	連絡先	研修受講※
1			TEL	済 ・ 未
2			TEL	済 ・ 未
3			TEL	済 ・ 未
4			TEL	済 ・ 未
5			TEL	済 ・ 未

※ 「指導者養成研修」「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修(不特定)指導者講習」「医療的ケア教員講習会」のいずれかを受講済みの場合は「済」を選択して、該当の「修了証明書(写し)」を添付してください。未受講の場合は「未」を選択して、別途、指導者養成研修の受講申込みが必要です。

No.	(フリガナ) 対象者氏名	医行為の種類 (該当する医行為の種類に○を記入)						
		喀痰吸引				経管栄養		
		口腔内		鼻腔内		気管カニューレ内部		胃ろう 又は 腸ろう
		通常手順	人工呼吸器装着	通常手順	人工呼吸器装着	通常手順	人工呼吸器装着	滴下 半固形
1								
2								
3								
4								
5								

保険について	保険：選択式
--------	--------

※ 事業所が加入している保険を適用する場合は「1.」、適用できない場合は「2.」を選択ください。「1.」を選択した場合は、「保険証券(写し)」を添付すること。

研修担当者	氏 名		TEL	
-------	-----	--	-----	--