

小清水赤十字病院介護医療院

喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講推薦書兼申込書

小清水赤十字病院介護医療院

管理者 伊藤嘉行様

介護職員等による痰の吸引等実施のため、喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の受講者として、以下の者を推薦の上、受講を申し込みます。

法人名 _____
 施設・事業所名 _____
 住所 _____
 代表者名 _____ 印
 担当者名 _____
 電話 _____
 FAX _____

■ 喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）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	
希望する研修 課程に○をつ けてくださ い。	(1) 第一号研修 (5行為)				
	(2) 第二号研修 (希望する行為もしくは任意の組み合わせを選んでください)				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管

■ 実地研修実施に関わる確認事項

実地研修先の確保	可 ・ 不可				
実地研修先を確保出来る 場合、貴施設における各 医療行為対象者となる利 用者人数	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	経鼻経管
実地研修指導看護師 (注1)	有 ・ 無				

(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11] 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
 医療的ケア講習会修了書の写しが必要となります。