

令和6年度介護職員等のたん吸引等研修

喀痰吸引等研修（第一号及び第二号研修）

基本研修免除申請・実地研修受講申込書（医療的ケア修了者）

令和 年 月 日

小清水赤十字病院介護医療院

管理者 伊藤嘉行 様

（受講を申し込む施設・事業所）

住所	〒	
施設・事業所の名称		
施設・事業所の種別		
施設・事業所の長		
担当者	職・氏名	
	連絡先	

※ 「施設・事業所の種別」には、特別養護老人ホーム、老人保健施設、訪問介護事業所、有料老人ホーム、障害者支援施設、特別支援学校などと記入してください。

※ 施設・事業所単位で申込みしてください。訪問介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所の「施設・事業所の長」は、当該事業所の管理者になります。

当施設・事業所に就職している、次の介護職員等について、基本研修の全課程を修了していますので、表題の研修の基本研修の免除を申請します。

1 基本研修受講免除申請申込者

氏名		生年月日	
		年	月 日
修了した項目に○印をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・ 養成校（福祉学校卒業 ・ 実務者研修終了者） ・ 北海道社協研修（ 修了年度 年度） ・ 小清水赤十字病院介護医療院研修（修了年度 年度） 		
卒業年月日		養成校名	
年	月 日		

2 施設・事業所における喀痰吸引等のケアが必要な入所者・利用者の状況

※申込み日時点

行為の種別		利用者数	個別演習科目対象者の利用者数	個別演習希望有無	
喀痰吸引	①口腔内	人	非侵襲的人工呼吸療法 人	希望する	希望しない
	②鼻腔内	人	非侵襲的人工呼吸療法 人	希望する	希望しない
	③気管カニューレ	人	侵襲的人工呼吸療法 人	希望する	希望しない
経管栄養	④胃ろう又は腸ろう	人	半固形栄養剤 人	希望する	希望しない
	⑤経鼻	人			

3 実地研修の指導に当たる実地研修指導講師

講師氏名	指導者講習修了証の番号	修了証の交付団体

4 添付書類

(1) 養成校で医療的ケアを修了した者は「実務者研修終了書」または「基本研修終了証明書」の写し

(2) 様式11 指導看護師調書及び承諾書