

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

理事長 大島 順道 様

標記研修を以下の通り、申し込みます。

記

年 月 日

フリガナ			生年月日		
受講者名	印			(歳)	
受講者住所	〒				
電話番号等					
保有資格					
受講者の介 護の経験	施設・事業所名	職種	勤務年月	期間	
			年 月～ 年 月		
			年 月～ 年 月		
			年 月～ 年 月		
実地研修	第二号研修 喀痰吸引 ☐ 口腔内、 ☐ 鼻腔内、 ☐ 気管カニューレ内部 経管栄養 ☐ 胃瘻又は腸瘻、 ☐ 経鼻経管 ※希望する行為に☑をして下さい。				
所属法人名					
事業所名					
事業所 所在地	〒	サービス 種別			
連絡先			担当者名		
所属法人内での実地 研修の可否	可 ・ 否		指導 看護師名		
備考					

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

喀痰吸引等研修（第二号研修）受講推薦書

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

理事長 大島 順道 様

年 月 日

法 人 名

事 業 所 名

事業所長名

印

当該事業所において、介護（障害者の支援）に係る業務に従事している下記の者について、
標記研修会の受講について推薦します。

尚、研修の過程において、当該受講者が研修習得の見込みなしと判断され、修了できなくとも異議の申し立てはしません。

記

事業所名	
氏 名	
職 名	
推薦理由	

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

喀痰吸引等研修（第二号研修）の一部履修免除の申出書

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

理事長 大島 順道 様

年 月 日

事業所名

受講者名

印

標記研修について、下記科目の履修免除を申し出ます。

記

※希望する項目に○をして下さい。

基本研修の内、下記の科目	
(1) 基本研修（講義）の全てと筆記試験	
(2) 基本研修（講義）の一部	
(3) 基本研修（演習）の内、人工呼吸器装着者に対する喀痰吸引演習を除く全て	
(4) 基本研修（演習）の内、口腔内の喀痰吸引のみ	
実地研修の内、下記の行為	
(5) 口腔内の喀痰吸引	
(6) 鼻腔内の喀痰吸引	
(7) 気管カニューレ内部の喀痰吸引	
(8) 胃瘻又は腸瘻経管栄養	
(9) 経鼻経管栄養	

注1： 特別養護老人ホームの経過措置対象者が、免除できる科目は、(4) と (5) です。

注2： 特定の人対象の研修を修了した人については、免除科目はありません。

注3： 免除を希望する場合は、認定特定行為業務従事者認定証の写し及び研修修了証、受講証明書等の写しを添付して下さい。

注4： 実務者研修修了者については、「医療的ケア」科目履修の証明書類の写しを添付して下さい。