　（別紙２）

**長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習申請書**

長野県知事　　様

標記講習会に下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 研修会場 | 会場名 | |
| 氏名 | 印 | |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　日生　（　　　　）歳 | | | | |
| 講習当日連絡可能な連絡先 | TEL | | | | |
| 現在の  勤務先  ※講習に関するお知らせは勤務先の住所宛に送付します。 | 法人名 | 施設名 | | | |
| 〒  施設所在地：  TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | |
| 勤務先の  施設種別 | 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介護医療院　　3-2それ以外）  ４．医療・看護系大学又は養成所　５．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 保有資格  該当するもの全てに○ | １．医師　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師  ※保有する資格証の写しを添付（注１参照） | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　＊准看護師としての経験年数は含めないこと。  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 | | | | |
| 長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習修了後は、喀痰吸引等研修の講師又は指導者として協力します。  また、登録研修機関に対し県が行う指導者名簿の情報提供について承認します。  **同意者名**　　　　　　　　　　　　　　　　印（受講者の署名及び捺印をしてください。） | | | | | |

注１　該当する資格証の写しを添付してください。複数の資格を所持している場合は、医師については医師免許のみを、保健師、助産師、看護師については看護師免許のみとしてください。

（別紙３）

**長野県喀痰吸引等研修実施のための指導者養成講習受講推薦書**

**及び実地研修等の協力に関する状況報告書**

長野県知事　様

法人名

（施設・事業所・病院）名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

当該指導者養成講習の受講にあたり、下記の者の受講について推薦します。

なお、推薦にあたり、県内の登録研修機関が実施する同研修の研修講師派遣及び実地研修の受入れ等について、協力を行います。

記

１　所属機関名

２　職　名

３　受講者名

４　他の法人の職員等の実地研修の受け入れ可否

　　　可　・　否

５　実地研修の実施状況について

実地研修の実施可能な医療行為の範囲は、次のとおりです。

　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 省令上の行為  （省令別表第１及び第２） | 類型区分 | |
| 通常手順 | 人工呼吸器装着者 |
| 口腔内の喀痰吸引 |  |  |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  |  |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  |  |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  |  |
| 経鼻経管栄養 |  |  |

※　実地研修を実施できる対象者の人数を記入してください。

※　実地研修実施可能とは、事業所における安全対策等が整備され、医師が介護職員等による喀痰吸引等を実施することが可能と判断する対象者があり、その対象者（又は家族）が研修の実施について同意している場合をいう。