

# 基本研修

## 令和 8 年度 介護職員等による喀痰吸引等研修受講申込書 (特定の者を対象とする研修[第3号研修])

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構いわき病院  
院長 石井 亜紀子 様

(受講を申し込む事業所・施設)

住 所	〒	
施設・事業所の名称		
施設・事業所の長	印	
担当者	職・氏名	
	連絡先	TEL FAX

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。訪問介護事業所等の居宅系の事業所の「施設・事業所の長」は当該事業所の管理者になります。

平成24年4月1日に施行された改正後の社会福祉士および介護福祉士法附則第4条第2項の規定に基づき、当事業所・施設に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として福島知事の認定を受けたいので、次のとおり当該介護職員等の受講を申し込みます。

### 1: 受講申込者

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 ( 日 歳)	性別
氏 名							男・女
現住所	(〒 - )						
勤務先での職種	① 介護職員      ② 訪問介護員      ③ その他( )						
連絡先							

2: 特定の利用者(重度障害者)の指名等

(ふりがな)		性別	男・女
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
実地研修で 行う医行為の 種類	<input type="checkbox"/>	①口腔内の喀痰吸引(通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順)	
	<input type="checkbox"/>	②鼻腔内の喀痰吸引(通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順)	
	<input type="checkbox"/>	③気管カニューレ内部の喀痰吸引(通常手順又は侵襲的人工呼吸器装着者用手順)	
	<input type="checkbox"/>	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下型の液体栄養剤の場合又は半固形型栄養剤の場合)	
	<input type="checkbox"/>	⑤経鼻経管栄養(滴下型の液体栄養剤の場合)	

※ 実地研修で行う医行為の種類と手順等に○印を付けてください。

3: 実地研修の指導に当たる指導講師

事業所	指導講師名	免許の種類
〒 住所:		医師・保健師・助産師・看護師
事業所名:		

※ 「免許の種類」欄の該当する資格に○を付けてください。

※ 基本研修(現場演習)及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師(准看護師は除く)は、平成23年度に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業(特定の者対象)について」(平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知による指導者養成事業(自己学習)を修了していることが必要です。

※ ご記入いただきました内容は、本研修に関する手続きにのみ使用させていただきます。