別紙様式１

令和　　年　　月　　日

高知県長寿社会課長　　様

法 人 名

施 設 名

施 設 住 所 〒

施設代表者名

担当者名

　　　　　　　 T E L:

F AX:

e-mail:

令和７年度高知県介護職員等喀痰吸引等研修事業（指導者講習）

受講申込書兼推薦書

　標記について、下記の者を推薦し、関係書類（別紙様式２）を添えて申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | 資格 | 優先順位（2名以上申込の場合） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（＊同じ施設から複数名の受講も可能ですが、申込者数が定員を上回る場合は、同じ施設からの

申し込みについては、受講者を調整させていただく場合がありますのでご了承願います。）

別紙様式２

**令和７年度高知県介護職員等喀痰吸引等研修事業（指導者講習）受講申込者調書**

　　　　　　　　　　　　（令和７年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | S・H　 　年　　月　　日生　満（ 　　）歳 |
| 現在の勤務先 | 施設・事業所名 |
| 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 |
| 免許 | 取得年月日：（西暦）　　 　年 　　月 　　日 免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許の写しを　添付すること。  |
| 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を含む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  |
| 受講目的 |  |
| 貴施設において（該当するものすべてにチェック） | □自施設又は、その他法人内の介護職員等が基本研修【50時間以上／10月～11月予定】を受講予定である。□自施設又は、その他法人内の介護職員等が基本研修免除の要件に該当しており、　本研修の実地研修を受講予定である。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□自施設・法人で介護職員等に対する実地研修が可能である。↓チェックをした方のみ　　　　実地研修予定施設【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□実地研修先の利用者で、介護職員等が喀痰吸引及び経管栄養の行為を行うことへの同意がとれる見込みの行為（申込時点）□ 口腔内吸引　□ 鼻腔内吸引　□ 気管カニューレ内部　□ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)　□ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)　□ 経鼻経管栄養□自施設・法人で介護職員等に対する実地研修ができない。　　理由：□その他特筆すべき事項があれば記入のこと。 |

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

提出された書類については返却しませんので、予めご了承ください。