

(様式1)

高知県西部地区介護職員のための喀痰吸引等研修(R3.黒潮町開講)

推薦書

記入日年月日 令和 年 月 日

高知介護福祉アカデミー
校長 橋田 光次郎 殿

施設・事業所名	_____		
施設・事業所住所	_____		
施設代表者名	_____ (印)		
電話番号	- () -	_____	
FAX番号	- () -	_____	
担当者名	_____		

1 施設事業所から複数推薦が可能です。(該当に☑)

☐下記の職員を、喀痰吸引等研修(基本研修・実地研修)に責任を持って推薦します。

☐下記の職員の受講が決定した際は、下記の職員の実地研修受入れをします。

☐推薦状及び受講申込書に記載された下記職員の内容に相違ありません。

1. 受講する本人(受講者が4名以上の場合は、コピーしてお使い下さい。)

受講者氏名 (フルネームで記入して下さい)	取得している資格 (無資格の方は無記入で結構です)	履修研修内容 (該当に☑)		応募多数の場合の 優先順位
		<input type="checkbox"/> 基本研修	<input type="checkbox"/> 実地研修	
		<input type="checkbox"/> 基本研修	<input type="checkbox"/> 実地研修	
		<input type="checkbox"/> 基本研修	<input type="checkbox"/> 実地研修	
		<input type="checkbox"/> 基本研修	<input type="checkbox"/> 実地研修	

2. 実地研修先 ※所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合のみ記入して下さい

但し、実地研修は、受講者が所属する同法人内に限られます

施設・事業所名	_____
施設・事業所代表者名	_____
電話番号	_____
FAX番号	_____
実地研修 担当者名	_____

3. 「実地研修先」の利用者(実地訓練の同意が取れる見込みのある方)の状況

口腔内の喀痰吸引	人	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人
鼻腔内の喀痰吸引	人	経鼻経管栄養	人
気管カニューレ内部の喀痰吸引	人		