

**飯田短期大学**  
**喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書**

飯田短期大学  
 学長 高松 彰充 様

受講申込者名

印

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

(該当するものに○印) ① 養成校卒業生 ② 実務者研修修了者

所属事業所名			サービス種別		
法人名			担当者名		
事業所連絡先	電話				
	ファックス				
受講者(本人)の現住所	〒				
(ふりがな)受講者氏名	性別: 男 ・ 女				
	(生年月 S H 年 月 日)				
現在の職名			保有資格		
受講者の介護の経験	施設・事業所名		勤務時の職種	通算勤務期間 ( ○年 ○か月)	
研修コース	<b>受講を希望する研修コースにレ(チェック)をしてください。</b> <input type="checkbox"/> 第一号研修 喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう) 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者有(注1) <input type="checkbox"/> 第二号研修 喀痰吸引(口腔・鼻腔)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう・経鼻)のうち 1項目以上、4項目以内				
実地研修施設の確保	所属法人での実施 可 ・ 不可				
実地研修施設の状況 (注2)	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
実地研修事業所名 (指導を行う予定の看護師名)		(指導看護師: )			
複数申込を行う場合の優先順位		/			

(注1) 人工呼吸器装着者に対する研修を選択する者は、実地研修先を自ら確保できる場合に限りです。

(注2) 自施設(自法人)の施設等において実地研修を実施する場合は、対象となる利用者数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、□にレ(チェック)を入れてください。

\* 記入された個人情報は、本学の喀痰吸引等研修に関する書類の発行に利用します。

飯田短期大学  
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

飯田短期大学  
学長 高松 彰充 様

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。

## 記

事業所名	
職 名	
氏 名	
研修課程	
推薦理由	

## 実地研修施設の基準

(1) 利用者の人数

たんの吸引及び経管栄養の対象者がそれぞれ適当数いること。

(2) 研修受講者の受入れ

原則として、自らの法人の職員に係らず、他の法人の職員についても、実習を受け入れることが可能であること。

(3) 医療関係者との連携

実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割分担による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できること。

(4) 利用者の同意と医学的指示

当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下、「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項について説明等の適切な手続の確保を含む。）がとれていること。

(5) 緊急時の対応

事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録及び保存等を含む。）

(6) 秘密保持

実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。

(7) 確実な実地研修の実施

出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。