

2025 年度特定医療法人新生病院
喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

事業所名
受講申込者名

印

標記研修会について、下記の通り申し込みます。

記

●受講コース

申込区分	☐ 【A】 一般受講 ☐ 【B】 実務者研修修了者 ☐ 【C】 養成校卒業生等
テキスト ※ 【B】 【C】 の場合	☐ 希望する
実地科目	☐ 口腔吸引 ☐ 鼻腔吸引 ☐ 胃ろう・腸ろう経管栄養 ☐ 経鼻経管栄養

●受講者情報

法人名		サービス種別	
所属事業所名			
事業所所在地	〒 —		
事業所連絡先	電話： FAX：	担当者名	
ふりがな 受講者氏名		生年月日	年 月 日
受講者の 現住所	〒 — 携帯電話番号（ ）		
現在の職名		保有資格	
受講者の 介護経験	施設・事業所名	勤務時の職種	通算勤務期間 （○年○か月）

●所属法人内で実地研修の実施 ☐可 ☐不可

実地研修施設の状況	喀痰吸引の対象者数		経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	胃ろう・腸ろう	経鼻
	人	人	人	人
実地研修事業所名 （指導看護師氏名）※注1		（ 看護師氏名： ）		

※注1 指導看護師の「指導者養成講習修了証」等の写しを添付してください。

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）
受講推薦書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

年 月 日

法人名
事業所名
推薦者名
(事業所の長)

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、
標記の研修会を受講させたく推薦します。

記

事業所名	
受講者の職名	
受講者の氏名	
推薦理由	

特定医療法人新生病院 喀痰吸引等研修（第二号研修）の
一部履修免除の申出書

特定医療法人新生病院
理事長 大生 定義 様

法 人 名
事業所名
事業所長名

印

受講者氏名

印

下記の科目について、履修の免除を申し出ます。

記

基本研修のうち下記の科目	
(ア) 基本研修（講義）の全て・基本研修（筆記試験）	
(イ) 基本研修（講義）の一部	
(ウ) 基本研修（演習）のうち、口腔内の喀痰吸引のみ	
実地研修のうち下記の行為	
(カ) 喀痰吸引（口腔内）	
(キ) 喀痰吸引（鼻腔内）	
(ク) 経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	
(ケ) 経鼻経管栄養	

※免除を希望する科目に○をしてください。

免除対象者は下表の通りとなります。必要書類を添付してください。

免除対象者	免除科目	必要書類
【B】実務者研修修了者	イ	実務者研修修了証の写し 及び医療的ケアの修了証明書の写し
【C】介護福祉士養成校 卒業生等	ア	基本研修修了証明書の写し 及び医療的ケアの修了証明書の写し
経過措置対象者	ウ、カ	認定特定行為業務従事者認定証の写し

注 1 特定の者対象の研修（第三号研修）を修了した者については、免除科目はありません。

特定医療法人新生病院 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。