別紙１－１

公益財団法人介護労働安定センター長野支部
令和７年度喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書
【実地研修のみ】

（公財）介護労働安定センター長野支部長　様

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

記

○をする		第二号研修修了者		養成校卒業生

（ふりがな） 受講者名	（　性別　　男　・　女　）（生年月日　　年　　月　　日）		
受講者 現住所	〒		
連絡先	電話　　携帯電話		
所　属 法人名		事業所名	
事業所 所在地	〒　　－		
連絡先	電話 FAX	担当者名	
保有資格	介護福祉士　・　初任者研修　・　実務者研修 その他（　　）		

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）

研修の種類 希望する コースに☑を してください。 注１		① 第一号研修（５行為）			
		② 第二号研修（希望する行為に☑をしてください）			
		□②-１	□②-2	□②-3	□②-4	□②-5
		口腔吸引	鼻腔吸引	気管ｶﾆｭｰﾚ	胃ろう腸ろう経管	経鼻経管

実地研修施設の確保	所属法人での実施　　可　・　不可（要電話連絡）

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

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：　　）

別紙１－２

公益財団法人介護労働安定センター長野支部
令和７年度喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講推薦書

（公財）介護労働安定センター長野支部長　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、今後、喀痰吸引等の業務に従事する必要があるため、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	

別紙１－３

令和７年度公益財団法人介護労働安定センター長野支部
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）の一部履修免除の申出書

（公財）介護労働安定センター長野支部長　様

事業所名
受講者名　　印

下記の科目について、履修免除を申し出ます。

基本研修のうち下記の科目	
（ｱ）　基本研修（講義）の全て　※筆記試験を含む	○
実地研修のうち、下記の行為	
（ｲ）　喀痰吸引（口腔内）	
（ｳ）　喀痰吸引（鼻腔内）	
（ｴ）　喀痰吸引（気管ｶﾆｭｰﾚ内部）	
（ｵ）　経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	
（ｶ）　経鼻経管栄養	

＊　免除を希望する科目の全てに○をしてください。

注１：特定の者対象の研修（第三号）を修了した者については、免除科目はありません。
注２：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
第二号研修修了者	ア、ｲ～ｶのうち修了した科目	認定特定行為業務従事者認定証の写し又は喀痰吸引等研修修了証の写し
養成校卒業生	ア	基本研修修了証明書の写し

別紙２

実地研修施設の基準

（公財）介護労働安定センター長野支部

(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。

（少なくとも、たんの吸引（口腔・鼻腔）、経管栄養（胃ろうまたは腸ろう）については、各々対象者が複数名必要）

(2) 研修受講者の受入れ

原則として、自らの法人の職員及び、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、介護労働安定センターへの報告、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。