

(別紙様式1)

(あて先) 滋賀県知事

令和7年11月28日

実地研修を行う介護職員の所属が申請

事業所名称 ○○○○事業所

事業所所在地 滋賀県○○市○○町

代表者名 所長 ○○ ○○

記入例(実施)

喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)実地研修申請書(実施・変更・延長)

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名および 研修修了区分(①・②) ※該当する方に○ ① 滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号) ② ①以外(他都道府県の喀痰吸引研修、登録 研修機関の研修、実務者研修等) ※②の場合は修了証の写しを添付	滋賀 太郎 (修了区分 <input checked="" type="radio"/> ①、修了番号 <u>253001</u>)・②)
	志賀 二郎 (修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____) <input checked="" type="radio"/> ②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
指導看護師の氏名および指導者講習修了 区分(①・②) (第三号研修(特定の者)、特別介護 老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協 働のための研修の指導看護師は不可) ※該当する方に○ ① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者 ※②の方は修了証の写しを添付	琵琶 花子 (修了区分 <input checked="" type="radio"/> ① (修了番号 <u>25-01</u>)・②)
	湖 花火 (修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____) <input checked="" type="radio"/> ②)
	(修了区分 <input type="radio"/> ① (修了番号 _____)・②)
指導看護師の事業所名および事業所の 所在地(別の法人の時のみ記載)	事業所名 _____ 所在地 別法人の指導看護師が指導する際、記入
実地研修を行うケア(該当するものに○) および対象者氏名(患者)	<input checked="" type="radio"/> 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 近江 一郎、介護 よしこ) <input type="radio"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input type="radio"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名 _____) <input checked="" type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法のみ) (対象者氏名 近江 一郎) <input type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法+半固形栄養剤) (対象者氏名 _____) <input type="radio"/> 経鼻経管栄養 (対象者氏名 _____)

担当者氏名: 琵琶 花子

電話番号: ○○○ - ○○○○

*添付書類: 「介護職員等喀痰吸引等指示書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意の様式」、賠償責任保険に加入して
 申請内容に関する問い合わせ先を記入ください。書類確認で、連絡させていただくことがあります。
 看護師 養成講習修了区分②の場合) 各修了証(写し) 任意 尊看

*変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

(別紙様式1)

変更する内容を記入ください

令和7年12月20日

(あて先) 滋賀県知事

事業所名称

〇〇〇

事前に必ず申請!

事業所所在地

滋賀県〇〇市〇〇町

記入例(変更)

例:対象者追加

代表者名

所長 〇〇 〇〇

喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修) 実地研修申請書 (実施・変更・延長)

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

実地研修を行う介護職員の氏名および研修修了区分(①・②) <small>※該当する方に○</small> ① 滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号) ② ①以外(他都道府県の喀痰吸引研修、登録研修機関の研修、実務者研修等) <small>※②の場合は修了証の写しを添付</small>	滋賀 太郎 <small>(修了区分 ① (修了番号 253001))・②)</small>
	志賀 二郎 <small>(修了区分 ① (修了番号 _____)) ②)</small>
	<small>(修了区分 ① (修了番号 _____))・②)</small> <small>(修了区分 ① (修了番号 _____))・②)</small>
指導看護師の氏名および指導者講習修了区分(①・②) <small>(第三号研修(特定の者)、特別介護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修の指導看護師は不可) ※該当する方に○</small> ① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者 <small>※②の方は修了証の写しを添付</small>	琵琶 花子 <small>(修了区分 ① (修了番号 25-01))・②)</small>
	湖 花火 <small>(修了区分 ① (修了番号 _____)) ②)</small>
	<small>(修了区分 ① (修了番号 _____))・②)</small> <small>(修了区分 ① (修了番号 _____))・②)</small>
指導看護師の事業所名および事業所の所在地(別の法人の時のみ記載)	事業所名 所在地
実地研修を行うケア(該当するものに○)および対象者氏名(患者)	<input checked="" type="radio"/> 口腔内の喀痰吸引 <small>(対象者氏名 近江 一郎、介護 よしこ、福祉 ゆきこ)</small> <input checked="" type="radio"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <small>(対象者氏名 福祉 ゆきこ)</small> <input checked="" type="radio"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <small>(対象者氏名 福祉 ゆきこ)</small> <input checked="" type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法のみ) <small>(対象者氏名 近江 一郎)</small> <input type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法+半固形栄養剤) <small>(対象者氏名)</small> <input type="radio"/> 経鼻経管栄養 <small>(対象者氏名)</small>

追加するケアと対象者を記載

担当者氏名: 琵琶 花子

電話番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇

*添付書類: 「介護職員等喀痰吸引等指示書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書」(写し)、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表(任意の様式)」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、(介護職員 研修修了区分②の場合、指導看護師 養成講習修了区分②の場合) 各修了証(写し)

*変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。

(別紙様式1)

延長する内容を記入ください

令和7年12月20日

(あて先) 滋賀県知事

承認期間内に必ず申請!

記入例(延長)

例:職員1名を延長

事業所名称

事業所所在地

滋賀県〇〇市〇〇町

代表者名

所長 〇〇 〇〇

喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修) 実地研修申請書 (実施・変更・延長)

標記の件について、下記のとおり実地研修の実施について申請します。

<p>実地研修を行う介護職員の氏名および 研修修了区分(①・②) ※該当する方に○</p> <p>① 滋賀県喀痰吸引等研修(第一号、第二号) ② ①以外(他都道府県の喀痰吸引研修、登録 研修機関の研修、実務者研修等)</p> <p>※②の場合は修了証の写しを添付</p>	<p>志賀 二郎 (修了区分 ① (修了番号 _____) ②)</p> <p>延長する職員を記入</p> <p>分 ① (修了番号 _____) ・ ②)</p> <p>分 ① (修了番号 _____) ・ ②)</p> <p>(修了区分 ① (修了番号 _____) ・ ②)</p>
<p>指導看護師の氏名および指導者講習修了 区分(①・②) (第三号研修(特定の者)、特別介護 老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協 働のための研修の指導看護師は不可) ※該当する方に○</p> <p>① 滋賀県指導看護師養成講習会 ② 医療的ケア教員講習会等の修了者</p> <p>※②の方は修了証の写しを添付</p>	<p>琵琶 花子 (修了区分 ① (修了番号 25-01) ・ ②)</p> <p>湖 花火 (修了区分 ① (修了番号 _____) ②)</p> <p>(修了区分 ① (修了番号 _____) ・ ②)</p> <p>(修了区分 ① (修了番号 _____) ・ ②)</p>
<p>指導看護師の事業所名および事業所の 所在地(別の法人の時のみ記載)</p>	<p>事業所名 _____</p> <p>所在地 _____</p>
<p>実地研修を行うケア(該当するものに○) および対象者氏名(患者)</p>	<p>(○) 口腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 近江 一郎、介護 よしこ)</p> <p>() 鼻腔内の喀痰吸引 (対象者氏名 _____)</p> <p>() 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (対象者氏名 _____)</p> <p>(○) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法のみ) (対象者氏名 近江 一郎)</p> <p>() 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法+半固形栄養剤) (対象者氏名 _____)</p> <p>() 経鼻経管栄養 (対象者氏名 _____)</p>

延長するケアおよび対象者氏名を記入ください。

担当者氏名: 琵琶 花子

電話番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇

*添付書類: 「介護職員等喀痰吸引等指示書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)計画書」(写し)、「喀痰吸引等業務(特定行為業務)の提供に係る同意書」(写し)、「緊急時の対応の手順書および夜間等の連絡体制表(任意の様式)」、賠償責任保険に加入していることが確認できる書類、(介護職員 研修修了区分②の場合、指導看護師 養成講習修了区分②の場合) 各修了証(写し)

*変更申請の場合、変更内容が分かるよう変更後の内容をすべて記入してください。