

令和8年度 喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修) 受講者推薦書

施設・事業所名 (必ず記載のこと)		電話	
		FAX	
受 講 者	優先順位	氏 名	フリカナ
			職 種
			生 年 月 日
			S・H 年 月 日
			S・H 年 月 日
			S・H 年 月 日

実地研修の実施について

現在、利用者の中で、下記の対象者がいますか。該当項目に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	口腔内の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	鼻腔内の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)
<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)
<input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養

※実地研修まで修了しないと、認定証は交付されず、実際の業務として吸引等を行うことはできません。実地研修は、原則として受講者が所属する(もしくは同一法人内の)施設または事業所で行います。申込み定員を超える場合は、実地研修の実施状況および事業者登録申請状況により調整をさせていただきます。

※実地研修時には、指導者講習を修了した指導看護師が必要です。

- \* 本研修は、人工呼吸器装着者への喀痰吸引には対応していません。
- \* 胃ろうによる経管栄養の実地研修は、半固形栄養剤のみでは修了できません。

登録行為事業者・登録喀痰吸引等事業者の登録申請について

現在の状況について、該当する項目に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	既に、申請し登録されている。
<input type="checkbox"/>	本研修の修了後に登録申請予定である。
<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に記載してください)

※介護職員等が喀痰吸引等の行為を業務として行うには、下記ア～ウを全て満たしていることが必要です。

- ア 事業所が登録を受けていること
- イ 介護職員等が認定を受けていること
- ウ 認定を受けた介護職員等が事業所登録の名簿に記載されていること

令和8年度 喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)の受講対象者を上記のとおり推薦します。

令和8年 月 日

社会福祉法人 華頂会  
華頂社会福祉専門学校  
校 長 加藤 英材 様

(住 所) 〒

(施設・事業所名)

(管理者名)

印