令和７年度滋賀県喀痰吸引等第三号研修　受講申込書
（既修了者等用）

○　申し込み確認事項　（□に✔をつけてください）

□　利用者本人（またはその家族等）から実地研修の実施について書面による同意を得た。（別紙１　同意書）

□　利用者のかかりつけ医等の医師から、利用者に対して、医療的ケアを行うことの承認及び指示を得た。（別紙２　指示書　）

□　実地研修の際に指導する指導看護職員（保健師、助産師、看護師等）を確保した。（指導看護職員承諾書）

□　緊急時のバックアップ等について、主治医・訪問看護事業所等の協力を得た。（別紙３　参考様式　）

□　加入している保険が喀痰吸引等の実地研修に係る損害賠償に適応している。

□　研修において知り得た個人情報保護を順守する。

□　上記のすべてについて間違いないので、現場演習及び実地研修を申し込みます。

１　申し込み事業所

法人名	
事業所名	（種別：　　）
事業所代表者名	公印
事業所連絡先	住所（〒　　） 電話番号：　　ＦＡＸ番号： メールアドレス：

２　受講者

介護職員等	ふりがな **氏　名**		生年月日 年　　月　　日 （　　歳）
	保有資格 （番号を丸で囲み必要事項を記入）	１．介護福祉士 ２．訪問介護員養成研修＿＿級過程修了者 ３．その他（　　）＊医療・教育・福祉系の資格を記入 ４．資格なし	
	経験年数	実務経験年数（　　）年（　　）ヶ月	
	滋賀県喀痰吸引等三号研修　受講年度	□　びわこ学園で開催された研修　又は、　□　他所（　　）の研修 （　　）年度　に　受講した。 ※必ず、修了証明書の複写を同封すること	

３　受講者が担当する利用者名と実施する医療的ケア（○印をつける）指導看護師名

＊　１人の利用者に対して、原則１人の指導看護職員が対応します。複数の指導看護職員名を記載しないでください。

	ふりがな **利用者名**	喀痰吸引			人工呼吸器 有・無	経管栄養			ふりがな **指導看護職員**
		１． 口腔	２． 鼻腔	３． 気管		４． 胃ろう	５． 腸ろう	６． 経鼻	
１					有・無				
２					有・無				

令和７年度　喀痰吸引等第三号研修　指導看護職員承諾書

※　必ず、受講申込書と一緒に郵送をして下さい。

※　受講申込書の３の項目に記載された指導看護職員の人数分郵送をして下さい。（例：２人いる場合は２枚郵送）

※　下記の同意に関しては、指導看護職員、個人の同意ではなく所属する法人や事業所等の承諾を得てください。

①　指導対象介護職員等

ふりがな 対象介護職員等名	
ふりがな 事業所	

②　指導対象介護職員等が医療的ケアを実施する利用者

ふりがな 利用者氏名	

③　指導看護職員

ふりがな 指導看護職員　氏　名	
法人名	
事業所名	（種別：　　）
事業所代表者名	
事業所住所	（〒　　―　　）
事業所連絡先	電話番号：　　ＦＡＸ番号：
メールアドレス	指導看護職員に連絡が取れるメールを必ずご記入ください。 Mail：

上記に記載をした指導看護職員等が、現場演習・実地研修の指導にあたることに承諾致します。

年　　月　　日

同意者　　公印