

社会福祉法人十日町福社会
平成30年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
推薦状

記入日 平成 年 月 日

社会福祉法人十日町福社会
理事長 村山 薫 様

住 所	
設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・ 事業所長氏名	印
電話番号	
担当者氏名	

- ・ 下記職員の当研修の受講を、責任をもって推薦します。なお、受講人数に制限がかかる場合は、下記の優先順位で受講決定されることを希望します。
- ・ 下記職員の受講が決定した際は、下記職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。（ただし、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ。）
- ・ 職員の受講が決定した際は、推薦状別紙に記載した「実地研修先」、「実地研修の指導講師」が責任をもって実地研修を行います。
- ・ 本推薦状並びに下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

受講申込者氏名及び優先順位

優先順位	氏 名
1	
2	
3	

※下記すべてを合わせて提出ください

- 推薦状（本紙）
- 推薦状別紙
- 指導講師の修了証コピー
- 実地研修受け入れ承諾書 ※所属以外での実地研修の場合
- 受講申込書
- 返信用封筒（82円切手貼付） ※不足分は追加負担して下さい
- 修了証コピー（科目免除対象者）

【**実地研修先** 受講者の所属施設等】

実地研修先	<input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所以外 ↳ 「実地研修受け入れ承諾書」も添付して下さい。			
住所	〒 —			
設置主体				
事業種別				
施設・事業所名				
ふりがな				
実地研修担当者	(役職)	(氏名)		
連絡先	(電話) — —			
	(FAX) — —			
実地研修先の利用者の状況 (申込時)	口腔内の喀痰吸引	人	胃瘻による経管栄養	人
	鼻腔内の喀痰吸引	人	腸瘻による経管栄養	人
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	人	経鼻経管栄養	人

【**実地研修の指導講師**】

ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —
ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —
ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —

※ 実地研修の指導講師の研修修了状況の確認のため、「喀痰吸引等指導者講習」若しくは「医療的ケア教員講習会」の修了証のコピーを添付してください。

社会福祉法人十日町福祉会
平成30年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
受講申込書

受講希望研修 (□に✓を入れて下さい)	
<input type="checkbox"/> 第一号研修 (喀痰吸引及び経管栄養のすべて) <input type="checkbox"/> 第二号研修 (喀痰吸引等行為の個別研修) ※実地研修で実施予定の行為に✓して下さい <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 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

ふりがな		印	性別	
氏名	(姓)	(名)	男	女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
ふりがな				
受講者住所	〒 —			
連絡先	(自宅) — —		(携帯) — —	
科目免除に関わる資格等 (該当する□に✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 基本研修修了者 <input type="checkbox"/> 14時間研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (通信課程による修了者) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (実施手順解説の科目をスクーリングで受けた修了者) <p style="text-align: right;">※修了証のコピーを添付してください</p>			
介護業務経験年数	年 ヶ月			
介護福祉士の資格	有 ・ 無			
法人名称				
所属先	(名 称)			
	(住 所)			
	〒 —			
	(電 話) — —			
(FAX) — —				

※推薦状と合わせて提出ください