

 2024 たんの吸引等研修

「認定特定行為業務従事者認定証」「基本研修」既得者対象

第3号特定研修（実地研修のみ）実地研修実施機関承諾書（事業所）

令和 年 月 日

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会 殿

設置者

所在地

代表者名

印

当設置者は、特定非営利活動法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会が実施する「2023年度たんの吸引等研修」「認定特定行為業務従事者認定証」等既取得者対象「第3号特定研修 実地研修」の受講者を受け入れ、当研修実施要項及び「喀痰吸引等研修実施要綱」（厚生労働省 社援発 0330 第43号 平成24年3月30日）に基づき、生命、安全に留意して、事業所として当研修を実施することを承諾いたします。

施設種別及び事業所名	
設置年月日	
事業所代表者名	
電話番号	
研修担当責任者名	
登録喀痰吸引等事業者：登録番号	

※実施研修機関が「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）」である場合は「登録番号通知」の写しを添付して下さい。

登録研修機関：特定非営利活動法人 フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会



2024 年度 たんの吸引等ケア研修

「認定特定行為業務従事者認定証」「基本研修」既得者対象**第 3 号特定研修（実地研修のみ） 研修受講申込書（各受講生）**

研修生氏名 *住民票に即して正確に記載ください	住 所 〒		
	ふりがな 氏 名 (男 ・ 女)		
生年月日・年齢	(和暦) 昭和 / 平成 年 月 日生 () 歳		
現在の職種			
実地研修のみを受講する事由 *該当に○	イ. 認定特定行為業務従事者認定証		
	ロ. 「平成 24 年度以降の第三号研修(特定の者対象)」における 基本研修受講証（基本研修修了証）（終了機関名：)		
実地研修協力者 (利用者) *修了証に記載しますので、正確に記載ください	利用者氏名	医 行 為	備 考
		A. B. C. D. E	
		A. B. C. D. E	
		A. B. C. D. E	
		A. B. C. D. E	
		A. B. C. D. E	
	喀痰吸引： A. 口腔内のたんの吸引 B. 鼻腔内のたんの吸引 C. 気管カニューレ内のたんの吸引 経管栄養： D. 胃ろう腸ろうからの経管栄養 E. 経鼻経管栄養 *特一 1（事業所用）様式の記載と差異がないよう、確認して記載ください。 *利用者が人工呼吸器や半固形栄養を利用されている場合は備考に記載ください。		
実地研修実施機関名	事業所名		

◆基本研修を免除となる事由の「認定特定行為業務従事者認定証」「基本研修修了証(受講証)」等の写しを添付して下さい。

◆氏名記入のご注意：この調書は「修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は住民票に則っており正確に記入して下さい。氏名の漢字については、例えば「斉藤」には「齊」・「斎」・「齋」があり、特に注意してください。住民票と異なる文字での「修了証」では、県から申請時に受領してもらえません。充分ご注意願います。

◆受講の期間中に、結婚等で名字が変わった方は必ず届出てください。

特定非営利活動法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

2024 年度 **たんの吸引等研修****「認定特定行為業務従事者認定証」「基本
研修」既得者対象**

第 3 号特定研修（実地研修のみ）

指導講師調書 及び 指導講師承諾書

令和 年 月 日

貴登録研修機関の研修指導講師の就任を承諾いたします。

ふりがな 氏 名			
生年月日・	(和暦) 昭和／平成 年 月 日生 () 歳		
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 の事業所種別			
保有資格 ＊○をつけて ください	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
指導者育成伝 達講習受講に ついて	1. 受講済み 2. これから受講予定 (頃) 3. 未受講		

※ 指導者育成講習を修了している場合には、修了証明書の写しを添付して下さい。※ これから指導者育成伝達講習を受講される方は、修了証明書の代わりに保有免許状
(看護師等)の写しを添付ください

特定非営利活動法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会