（別紙様式2－4 表面）

令和７年度人工呼吸器追加講座・演習受講申込書

１ 受講者及びその所属先について

フリガナ		
受講者氏名		
私は、研修全課程を受講することに同意し、申込みします。		性別
生年月日（西暦）	＿＿＿年＿＿月＿＿＿日 生（＿＿＿＿歳） ※令和7年4月1日現在	男 ・ 女

所属している事業所の設置主体名（法人名）	所属している施設名・事業所名
事業所所在地 （〒＿＿＿＿－＿＿＿＿＿）	

フリガナ		電話番号	
研修責任者氏名		FAX番号	

認定証登録番号										

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

認定済の特定行為		１ 口腔内の喀痰吸引
		２ 鼻腔内の喀痰吸引
		３ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
		４ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形を除く）
		５ 経鼻経管栄養

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

２ 指導看護師について

指導看護師も研修に出席し、研修受託機関の講師とともに評価票による演習の指導をすることを条件とします。

フリガナ			
指導看護師等の氏名			
勤務先			
電話番号		FAX番号	
1	平成２３年度～２４年度中央研修修了者 （修了証の写しを添付すること）		
2	平成２３年度～令和６年度伝達講習修了者 （修了証の写しを添付すること）		
3	医療的ケア教員講習修了者 （修了証の写しを添付すること）		
4	今年度 新規 ※指導看護師の申込みも行うこと→ 別紙様式３を提出		

※ 指導看護師は1～4のいずれかに該当する者です。
該当する番号に〇を付し、必要書類（指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し）を添付してください。

３ 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に〇を記載してください。
利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象利用者数
	口腔内の喀痰吸引 （非侵襲的人工呼吸療法）	人
	鼻腔内の喀痰吸引 （非侵襲的人工呼吸療法）	人
	気管カニューレ内部の 喀痰吸引（侵襲的人工呼吸療法）	人

※ 気管カニューレの研修は開放式吸引のみとなります。

４ 実地研修先の確保について

上記３において、現に利用者がいなくても、自ら実地研修先を確保できる場合は〇を記載してください。

	自ら実地研修先を確保できる。

（別紙様式2－4 裏面）

５ 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。
訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名（法人名）		施設名・事業所名	
事業所の根拠法		サービスの種別	

６ 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上を実施します。

口腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸療法）	１０回以上
鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸療法）	２０回以上
気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的人工呼吸療法）	２０回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱（平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知）より抜粋・要約

【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備

・ 登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
・ 当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
・ 本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員（保健師、助産師及び看護師）の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
・ 当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点

・ 研修計画を策定すること（受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること）
・ 研修受講者及び研修修了者等を管理すること（出席状況等を把握すること）
・ 研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より実践的な修得を促すよう努めること
・ 協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査

・ 受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること
・ その他、同要綱別添2及び別添3を参照すること。

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ を推薦します。

令和７ 年 ＿＿月 ＿＿＿日

施設名（事業所名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記載例

令和７年度人工呼吸器追加講座・演習受講申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

１ 受講者及びその所属先について

フリガナ	アオモリ　ゴロウ		
受講者氏名	青森　五郎		
私は、研修全課程を受講することに同意し、申込みします。			性別
生年月日（西暦）	1984 年 8 月 2 日 生（ 40 歳）※令和7年4月1日現在		(男)・女
所属している事業所の設置主体名（法人名）	社会福祉法人あおもり会	所属している施設名・事業所名	訪問介護事業所あおもり
事業所所在地	（〒 030 ― 0801 ）		
青森市新町１０丁目１１－１１			
フリガナ	ヒロサキ　ハチロウ	電話番号	017-000-0000
研修責任者氏名	弘前　八郎	FAX番号	017-000-0001

※生年月日の記載誤りにご注意ください。

認定証登録番号	0	2	1	0	0	5	0	0	0

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

認定済の特定行為	○	１　口腔内の喀痰吸引
	○	２　鼻腔内の喀痰吸引
	○	３　気管カニューレ内部の喀痰吸引
	○	４　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形を除く）
	○	５　経鼻経管栄養

※第一号、第二号研修申込者は記入不要

２ 指導看護師について

指導看護師も研修に出席し、研修受託機関の講師とともに評価票による演習の指導をすることを条件とします。

フリガナ	アオモリ　ハナコ		
指導看護師等の氏名	青森　花子		
勤務先	訪問看護ステーションあおもり		
電話番号	017-700-0002	FAX番号	017-700-0003
1	平成２３年度～２４年度中央研修修了者（修了証の写しを添付すること）		
(2)	平成２３年度～令和６年度伝達講習修了者（修了証の写しを添付すること）		
3	医療的ケア教員講習修了者（修了証の写しを添付すること）		
4	今年度　新規 ※指導看護師の申込みも行うこと→ 別紙様式３を提出		

※ 指導看護師は1～4のいずれかに該当する者です。
該当する番号に○を付し、必要書類（指導看護師の資格免許の写し及び研修の修了証の写し）を添付してください。

３ 希望する項目と現在の利用者の状況

希望する項目に○を記載してください。
利用者がいない場合は0人としてください。

希望	項目	対象利用者数
	口腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸療法）	０　人
	鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸療法）	０　人
○	気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的人工呼吸療法）	０　人

※ 気管カニューレの研修は開放式吸引のみとなります。

４ 実地研修先の確保について

上記３において、現に利用者がいなくても、自ら実地研修先を確保できる場合は○を記載してください。

○	自ら実地研修先を確保できる。

（別紙様式2－4 裏面）

5 実地研修先について

実地研修先が、喀痰吸引等研修の受講希望者が所属する施設等と異なる場合に記入してください。
訪問看護事業所等と連携して、実地研修を行う場合は、訪問看護事業所について記入してください。

設置主体名（法人名）		施設名・事業所名	
社会福祉法人あおもり会		訪問看護ステーションあおもり	
事業所の根拠法	介護保険法	サービスの種別	訪問介護

6 実地研修について

(1) 実地研修は、次の行為のうちいずれか一行為以上を実施します。

口腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸療法）　１０回以上
鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸療法）　２０回以上
気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的人工呼吸療法）　２０回以上

(2) 実地研修先においては、次に掲げる事項に留意して実施することとなります。

喀痰吸引等研修実施要綱（平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知）より抜粋・要約
【別添4】介護福祉士の実地研修の実施について

▽実地研修実施体制の整備
・登録喀痰吸引等事業者においては、当該研修の実施及び修得程度の審査を公正かつ適正に行うための体制として、複数の関係者により構成される「実地研修実施体制」を整備すること。
・当該実施体制は、研修の担当責任者のほか、講師、その他関係者により構成することとし、研修の実施、評価、その他事務等を行うための検討・実施に関する責務を担うこと。
・本研修は、医行為について取扱うことから、医師及び看護職員（保健師、助産師及び看護師）の有資格者について、それぞれ1名以上を構成員とすること。
・当該実施体制については、安全委員会等既存の研修実施体制を活用することや、複数の登録喀痰吸引等事業者による共同実施等でも差し支えない。

▽実地研修の実施に当たっての留意点
・研修計画を策定すること（受講者、講師の業務に支障のないよう配慮すること）
・研修受講者及び研修修了者等を管理すること（出席状況等を把握すること）
・研修教材を活用し、受講者が介護福祉士養成課程等において修得してきた知識・技能について確認しながら、当該登録喀痰吸引等事業者等での喀痰吸引等の実施において実際に用いている書面等を活用するなど、より実践的な修得を促すよう努めること
・協力機関等の研修講師を活用する場合は、当該協力先への配慮や、受講者の個人情報保護の徹底など、研修を適切に実施するための取決め等の整備を行うよう努めること

▽実地研修に関する修得程度の審査
・受講者が、実地研修指導講師の指導のもと、実地研修協力者の協力に基づき実地研修を実施し、喀痰吸引等の提供を安全に行うための知識・技能を修得していることを指導講師が評価すること
・その他、同要綱別添2及び別添3を参照すること。

上記を確認し、実地研修先を確保した上で、当該研修の受講生として、
青森　五郎　を推薦します。

令和７ 年 5 月 9 日

施設名（事業所名）　訪問介護事業所あおもり
代表者職・氏名　管理者　日本　一郎