

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修(不特定・特定の者)受講確認書

※利用者が不特定（1号：5行為、2号：1行為以上4行為以内） 利用者を特定（3号：対象となる実施行為）

事業所に 関すること	事業所名	
	事業所住所	〒
	電話番号	
	FAX番号	
受講者に 関すること	フリガナ	
	氏名	
	介護の資格	なし・介護福祉士・介護職員初任者研修・ヘルパー2級 その他（ ）
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	性別	男性・女性
	自宅住所	〒
	電話番号	
	たんの吸引基本研修受講経験	なし・ある（ 年度）【研修機関】（ ）
指導者に 関すること	フリガナ	
	指導者氏名	
	所属事業所名	
	資格	医師・正看護師・保健師・助産師
	連絡先住所	〒
	連絡先電話番号	
	連絡先FAX番号	
	たんの吸引指導者研修 認定書	ある・なし
利用者に 関すること ※3号研修 の方は必ず 記入してく ださい	フリガナ	
	利用者氏名	
	連絡先住所	〒
	連絡先電話番号	
	連絡先FAX番号	
行為に 関すること 2・3号研 修の方は必 ず記入して ください	実施する行為	口腔内(咽頭の手前まで)のたん吸引
		鼻腔内(咽頭の手前まで)のたん吸引
		気管カニューレ内部のたん吸引(※人工呼吸器装着者は除く)
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(状態確認は看護職員) (※滴下または、滴下及び半固形)
		経鼻経管栄養(チューブ挿入、状態確認は看護職員)