

【別紙 1】

令和 7 年度（第 1 回）介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修
受講申込書

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 会長 様

【施設・事業所等所在地】〒

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

【電話番号】

【FAX番号】

介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修受講希望者を次のとおり推薦します。

＜申込内容＞

本研修の受講経験の有無及び受講内容 (※受講経験のある方は、修了証(写)を1枚提出して下さい。)	☐ 受講経験なし ☐ 受講経験あり(平成・令和__年度修了) ☐ 再受講 ☐ 実地研修のみ受講
経過措置適用者でありたんの吸引を修得している者で、 今回経管栄養部分のみ受講希望 (第1日目の午後のみの受講)	有 ・ 無
優先順位 (同一事業所から3人以上申込み場合に記入)	第_____位

＜参加者情報＞

(ふりがな) 氏 名	()
性別・生年月日・年齢	(男 ・ 女) (S, H . .) (歳)
住 所	
緊急連絡先(携帯電話)	
職 種	
身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を付す)	☐ 有 (資格名:) ☐ 無
身体介護業務の通算経験年数 (令和7年4月1日現在)	年 (※1年未満の端数切捨)

＜指導者＞(複数名の場合は全員の氏名を記入)

--

＜利用者氏名及び実地内容等＞

利用者氏名①	特定行為	行為の区分(認定の区分) ※該当行為に○を付けてください	利用者 同意
	口腔内の喀痰吸引	☐ 通常手順	有・無
		☐ 人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	鼻腔内の喀痰吸引	☐ 通常手順	
		☐ 人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	気管カニューレ内部 の喀痰吸引	☐ 通常手順	
		☐ 人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法	
	胃ろう又は腸ろうに よる経管栄養	☐ 液下型の液体栄養剤	
		☐ 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤	
経鼻経管栄養	☐ 液下型の液体栄養剤		

<利用者氏名及び実地内容等>

利用者氏名②	特定行為	行為の区分（認定の区分） ※該当行為に○を付けてください		利用者 同意
	口腔内の喀痰吸引	☐	通常手順	有・無
		☐	人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	鼻腔内の喀痰吸引	☐	通常手順	
		☐	人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	気管カニューレ内部 の喀痰吸引	☐	通常手順	
		☐	人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法	
	胃ろう又は腸ろうに よる経管栄養	☐	液下型の液体栄養剤	
		☐	胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤	
	経鼻経管栄養	☐	液下型の液体栄養剤	

利用者氏名③	特定行為	行為の区分（認定の区分） ※該当行為に○を付けてください		利用者 同意
	口腔内の喀痰吸引	☐	通常手順	有・無
		☐	人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	鼻腔内の喀痰吸引	☐	通常手順	
		☐	人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	気管カニューレ内部 の喀痰吸引	☐	通常手順	
		☐	人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法	
	胃ろう又は腸ろうに よる経管栄養	☐	液下型の液体栄養剤	
		☐	胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤	
	経鼻経管栄養	☐	液下型の液体栄養剤	

利用者氏名④	特定行為	行為の区分（認定の区分） ※該当行為に○を付けてください		利用者 同意
	口腔内の喀痰吸引	☐	通常手順	有・無
		☐	人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	鼻腔内の喀痰吸引	☐	通常手順	
		☐	人工呼吸器装着者 ：口鼻マスクによる非侵略的人工呼吸療法	
	気管カニューレ内部 の喀痰吸引	☐	通常手順	
		☐	人工呼吸器装着者：侵略的人工呼吸療法	
	胃ろう又は腸ろうに よる経管栄養	☐	液下型の液体栄養剤	
		☐	胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤	
	経鼻経管栄養	☐	液下型の液体栄養剤	