

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修(特定の者)受講確認書			
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		
利用者に 関すること	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	実施する行為		口腔内吸引 (通常手順)
			鼻腔内吸引 (通常手順)
			気管カニューレ内部吸引(通常手順)
			気管カニューレ内部吸引(人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法)
			胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)
			胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形タイプ)
			経鼻経管栄養