

ケアサポート長岡 教育センター喀痰吸引等研修

推 薦 状

記入年月日 年 月 日

ケアサポート長岡教育センター
代表 元井 信明 殿

住 所：
設置主体：
事業種別：
施設・事業所名：
施設長（事業所長）： ⑩
担当責任者氏名：
連絡先 TEL：
FAX：

* 下記の職員を喀痰吸引等研修に責任をもって推薦します。

（なお、受講人数によっては、やむを得ず受講時期の変更をご相談させて頂く場合がございます。

希望受講時期		受講者氏名
第1希望	第2希望	
月生	月生	
月生	月生	
月生	月生	

この用紙1枚で3名までの推薦が記入できます

1、実地研修先

実地研修先 (いずれかに○)	① 所属する施設、関連事業所
	② その他受け入れ可能な施設

2、上記で①、③の箇所に○を付けた事業所様の実地研修先

実地研修先	住所	
	施設事業所	
	施設事業所長 氏名	
	TEL	
	FAX	
	実地研修担当者	

3、実地研修先の利用状況

実地研修先の 利用者状況 (申込日現在)	口腔内の喀痰吸引	人	胃ろうによる経管栄養	人
	鼻腔内の喀痰吸引	人	腸ろうによる経管栄養	人
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	人	経鼻による経管栄養	人

4、実地研修の指導担当者講師

実地研修の指導者	フリガナ	研修施設TEL	
	氏名 (印)	指導者所属施設	
実地研修の指導者	フリガナ	研修施設TEL	
	氏名 (印)	指導者所属施設	

5、指導者修了書

	平成22年度以降に国又は都道府県が実施した指導者講習修了書	→修了書原本の写しを添付して下さい
	医療的ケア教員講習	→修了書原本の写しを添付して下さい