年　　月　　日

（受入側）

　様

（受講側）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

**喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修の受入依頼書**

　このことについて、自事業所での実地研修の実施が困難なため、貴事業所における実地研修の受入実施を希望しますので、下記のとおり依頼します。

記

１．介護職員等の氏名および研修区分（①第一号、第二号研修または②実務者研修等）※１

２．希望する特定行為種別（☑を入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| □　口腔内の喀痰吸引  □　鼻腔内の喀痰吸引  □　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | □　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養  □　経鼻経管栄養 |

３．希望する研修時期および受講頻度※２

　　研修時期：

　　受講頻度：

４．担当者

　　氏　名：

　　連絡先：

５．その他

※１　都道府県が実施する喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）を修了した場合は「①第一号、第二号研修」、介護福祉士の養成課程において医療的ケアを修了した場合は「②実務者研修等」を記入してください。

※２　研修時期は「例：〇月～〇月頃」、受講頻度は「例：週〇日程度」等を記入してください。

令和２年　10月　１日

記入例

（受入側）

社会福祉法人〇〇

特別養護老人ホーム〇〇　施設長　様

（受講側）

住所　大津市京町４丁目１－１

氏名　株式会社〇〇　訪問介護事業所〇〇

印

管理者　〇〇　〇〇

**喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）実地研修の受入依頼書**

　このことについて、自事業所での実地研修の実施が困難なため、貴事業所における実地研修の受入実施を希望しますので、下記のとおり依頼します。

記

１．介護職員等の氏名および研修区分（①第一号、第二号研修または②実務者研修等）※１

　　　滋賀　太郎（①第一号、第二号研修）

　　　近江　花子（②実務者研修等）

２．希望する特定行為種別（☑を入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ☑　口腔内の喀痰吸引  □　鼻腔内の喀痰吸引  □　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | ☑　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養  □　経鼻経管栄養 |

３．希望する研修時期および受講頻度※２

　　研修時期：令和２年11月～令和３年２月頃

　　受講頻度：週３日程度

４．担当者

　　氏　名：琵琶　一郎

　　連絡先：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

５．その他

※１　都道府県が実施する喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）を修了した場合は「①第一号、第二号研修」、介護福祉士の養成課程において医療的ケアを修了した場合は「②実務者研修等」を記入してください。

※２　研修時期は「例：〇月～〇月頃」、受講頻度は「例：週〇日程度」等を記入してください。