

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号）
 実地研修課程[第 1 号研修]申込書

取りまとめ施設・事業所等名： _____

1 受講希望者について

希望 順位	氏 名	生年月日（西暦）	性 別	基本研修の修了課程（該当に○をつけてください）
1		/ /	男・女	実務者研修 ・ 医療的ケア ・ 第 1 号研修 ・ その他（ ）
2		/ /	男・女	実務者研修 ・ 医療的ケア ・ 第 1 号研修 ・ その他（ ）
3		/ /	男・女	実務者研修 ・ 医療的ケア ・ 第 1 号研修 ・ その他（ ）

※ 基本研修免除に関する書類の写しを必ず添付してください。

2 実地研修について

必要な特定行為	人工呼吸器装着者に対する必要性 (どちらかに必ず○をつけて下さい)	実地研修先の確保状況	実地研修の講師	
			講師の氏名	講師養成課程受講の必要※
口腔内の喀痰吸引	(口鼻マスクに限る) 有 ・ 無	確保済・ 基本研修修了までに確保		有 ・ 無
鼻腔内の喀痰吸引	(口鼻マスクに限る) 有 ・ 無	確保済・ 基本研修修了までに確保		有 ・ 無
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※半固形の実施はできません。	滴 下	確保済・ 基本研修修了までに確保		有 ・ 無
	半固形	確保済・ 基本研修修了までに確保・ 不要		有 ・ 無
気管カニューレ内部の喀痰吸引	(口鼻マスク以外) 有 ・ 無	確保済・ 基本研修修了までに確保		有 ・ 無
経鼻経管栄養		確保済・ 基本研修修了までに確保		有 ・ 無

※ 講師養成課程受講の必要で「有」を選択した場合、講師になる者の講師養成課程の申込みを併せて行ってください。

※ 講師が複数名の場合は、各行為毎枠内に全員の名前をご記入ください。

※ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養について、半固形を実施する場合は必ず滴下も行う必要がございます。但し、第 1 号、2 号研修の修了者ですでに、滴下を修了の方は半固形の実施は可能です。