

社会福祉法人十日町福社会
令和7年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
推薦状

記入日 令和 年 月 日

社会福祉法人十日町福社会
理事長 尾身 晴夫 様

| | |
|----------------|---|
| 住 所 | |
| 設置主体 | |
| 事業種別 | |
| 施設・事業所名 | |
| 施設長・ 事業所長氏名 | 印 |
| 電話番号 | |
| 担当者氏名 | |

- ・ 下記職員の当研修の受講を、責任をもって推薦します。なお、受講人数に制限がかかる場合は、下記の優先順位で受講決定されることを希望します。
- ・ 下記職員の受講が決定した際は、下記職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。（ただし、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ。）
- ・ 職員の受講が決定した際は、推薦状別紙に記載した「実地研修先」、「実地研修の指導講師」が責任をもって実地研修を行います。
- ・ 本推薦状並びに下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

受講申込者氏名及び優先順位

| 優先順位 | 氏 名 |
|------|-----|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

※下記すべてを合わせて提出ください

- 推薦状（本紙）
- 推薦状別紙
- 指導講師の修了証コピー
- 実地研修受け入れ承諾書 ※所属以外での実地研修の場合
- 受講申込書
- 返信用封筒（110円切手貼付） ※不足分は追加負担して下さい
- 修了証コピー（科目免除対象者）

【**実地研修先** 受講者の所属施設等】

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|---|
| 実地研修先 | <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所以外 ↳ 「実地研修受け入れ承諾書」も添付して下さい。 | | | |
| 住所 | 〒 — — | | | |
| 設置主体 | | | | |
| 事業種別 | | | | |
| 施設・事業所名 | | | | |
| ふりがな | | | | |
| 実地研修担当者 | (役職) | (氏名) | | |
| 連絡先 | (電話) | — — | | |
| | (FAX) | — — | | |
| 実地研修先の利用者の状況 (申込時) | 口腔内の喀痰吸引 | 人 | 胃瘻による経管栄養※滴下型 | 人 |
| | 鼻腔内の喀痰吸引 | 人 | 胃瘻による経管栄養※半固形型 | 人 |
| | 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 人 | 腸瘻による経管栄養 | |
| | | | 経鼻経管栄養 | 人 |

【**実地研修の指導講師**】

| | | |
|--------|--|---------------|
| ふりがな | | (指導講師所属施設名) |
| 指導講師氏名 | | (所属先電話番号) — — |
| ふりがな | | (指導講師所属施設名) |
| 指導講師氏名 | | (所属先電話番号) — — |
| ふりがな | | (指導講師所属施設名) |
| 指導講師氏名 | | (所属先電話番号) — — |

※ 実地研修の指導講師の研修修了状況の確認のため、「喀痰吸引等指導者講習」若しくは「医療的ケア教員講習会」の修了証のコピーを添付してください。

(所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方のみ)

社会福祉法人十日町福祉会 喀痰吸引等研修

実地研修受け入れ承諾書

令和 年 月 日

社会福祉法人十日町福祉会
理事長 尾身 晴夫 様

設置主体

住 所

代表者名

印

社会福祉法人十日町福祉会が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として受講者を受け入れることを承諾します。

| | |
|-------------|----------------------|
| 設置主体 | |
| 事業種別 | |
| 施設・事業所名 | |
| 施設長・事業所長氏名 | |
| 電話番号 | |
| Eメールアドレス | |
| 研修受講者担当者氏名 | |
| 研修受講者受け入れ人数 | |
| 研修期間 | 委託契約の締結後 ～ 令和8年8月31日 |

