

株式会社 TBC 福祉教育センター
代表取締役 齋藤 武士 様

年 月 日

法人所在地
法人名
代表者

印

実地研修実施計画書

喀痰吸引等研修実地研修を実施したいので、次のとおり、関係書類を添えて計画書を提出します。

研 修 実 施 者	フリガナ			
	事業所名			
	事業所 所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	事業所 代表者氏名		職名	

喀痰吸引等研修の課程

	1. 喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）、平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象）別表3-1
	2. 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二号研修（不特定多数の者対象）、平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象）別表3-2
	3. 喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三号研修（特定の者対象）、平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）

※該当する課程に「○」を記載してください。

以下の添付書類を合わせて提出してください。

- ・ 定款または寄附行為及び登記事項証明書
- ・ 業務規程
- ・ 指導看護師名簿
- ・ 研修機器及び参考図書等一覧