

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

令和7年度鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）
実 地 研 修 申 込 書

ふりがな	
氏 名	
生年月日・年齢	(昭和・平成) 年 月 日生 () 歳
自宅住所	〒 - ※住民票と同じ住所を記入してください（住民登録地が県内の方は市町村名から、県外の方は県名から記入してください。）。
自宅電話番号	
現在の勤務先：設置 主体名	
現在の勤務先：施設 (事業所) 名	
施設(事業所)所在地	〒
施設(事業所) Tel	
施設(事業所) Fax	
施設(事業所) Mail	
現在の勤務先 (種別)	1. 訪問介護(介護保険) 2. 居宅介護・重度訪問介護(障害福祉) 3. 幼稚園・保育所 4. 小・中学校 5. その他 () ※あてはまるものに○をつけてください。
勤務形態	常勤専従・常勤兼務・非常勤専従・非常勤兼務 (週 時間勤務) ※あてはまる方に○を付け、1週間あたりの勤務時間を記入してください。 ※兼務の場合は、介護職員等として従事している時間のみ記入してください。
福祉系の保有資格 (複数ある場合は、 上位資格に○)	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎課程 3. ヘルパー1級 4. ヘルパー2級 5. その他 () 6. なし
介護福祉士の登録 状況	登録年月日：(昭和・平成・令和) 年 月 日 登録番号： ※介護福祉士のみ記入してください
経 歴	() 年 () か月 ※介護職員等として従事している期間を記入してください
基本研修等	基本研修修了年月日 (年 月 日) ※更新研修を受講されている場合は、更新研修の受講年月日も併せて記載してください。 更新研修受講年月日 (年 月 日)

受講費用	私は、実地研修の受講費用を（ 負担します ・ 負担しません ）。 ※あてはまる方に○を付してください。負担できない場合は受付できません。 ※受講費用＝実地研修指導料（最大 7,000 円／人）＋損害保険料（2,000 円） ※実地研修指導料は、1 回の実地研修に係る分については免除となります。 ※損害保険は年 1 回、加入していただく必要があります。
痰の吸引に係る保険加入有無	有 ・ 無 ※「有」の場合は、加入時期を記入してください。 加入時期 （ 年 月 日 ）
利用者の同意	私は、たんの吸引等を必要としている特定の利用者（又はその家族）から、実地研修を行うことについて、 同意を（ 得ています ・ 得ていません ）。 ※利用者の同意がない方は、実地研修を行うことができません。 ※「研修実施同意書（別紙3）」を併せて提出してください。
主治医の指示	私は、たんの吸引等を必要としている特定の利用者（又はその家族）から、実地研修を行うことについて、主治医の指示を（ 受けています ・ 受けていません ）。 ※主治医の指示がない方は、実地研修を行うことができません。 ※「主治医指示書（別紙4）」を併せて提出してください。
実地研修予定の行為	1－1 たんの吸引（口腔内）・1－2 人工呼吸器装着者用手順 2－2 たんの吸引（鼻腔内）・2－2 人工呼吸器装着者用手順 3－1 たんの吸引（気管カニューレ内部）・3－2 人工呼吸器装着者用手順 4 経管栄養（胃ろう） 5 経管栄養（腸ろう） 6 経管栄養（経鼻経管栄養） ※あてはまるもの全てに○をつけてください。
利用者の氏名	
利用者の氏名（ふりがな）	
利用者の状況等	※利用者の氏名・病状・家族介護の状況・訪問看護の利用状況等を簡単に記入してください。
連携医療機関等	※連携体制をとる医療機関（主な診療科目を含む）、訪問看護ステーション等について記入してください。（例）〇〇〇病院（内科，外科）

御記入いただきました内容は、「令和7年度鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）」に関する業務に使用させていただきます。