

実地研修を就業先で希望する場合はこちらにもご記入ください。

**実地研修に係る確認書**

受講者氏名

次の要件の該当事項に○、非該当事項に×をチェック欄に記入してください。

※喀痰吸引等研修の実地研修を実施するためには次の要件を満たす必要があります。

	要件	チェック欄
1	たんの吸引・経管栄養の対象者が入所又はサービスを利用している	
2	利用者（又は家族）の同意が得られる	
3	施設の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できる	
4	施設内で介護職員を指導する実地研修指導者1名以上の配置が可能である	
5	指導看護師は、喀痰吸引等研修等の指導者講習を受講している、または正看護師として実務経験5年以上を有している	
6	指導看護師が指導者講習を受講していない場合、当スクールの演習指導の見学に参加することができる	
7	医師から指導看護師に対し、書面による必要な指示を得ることができる	
8	指導看護師は、介護職員によるたんの吸引及び経管栄養の計画書を作成できる	
9	利用者の健康状態について、施設長、医師、指導看護師、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制整備ができています	
10	たんの吸引・経管栄養についての手順書が整備されている	
11	ヒヤリ・ハット事例の蓄積分析など実施体制の評価、検証を行うことができる	
12	施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分注意できる	
13	指導看護師は受講者の評価等を適切に実施し、評価票等必要書類を提出することができる	

上記の記入内容に間違いがないことを証明します。

法人名 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

施設管理者名 \_\_\_\_\_ 印

実地研修実施機関承諾書

No. \_\_\_\_\_

研修課程	1号・2号研修	科目名	口腔内の喀痰吸引
------	---------	-----	----------

1	施設の名称		※番号	131・231
2	施設所在地			
3	受入責任者			
4	連絡先	電話番号 ( )	-	

受講者受入の条件

5	受入開始時期	平成 年 月 日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度 日間					
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数 人					
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
9	その他特記事項						

フロンティア介護スクール（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

平成 年 月 日

法人名

法人所在地

代表者名

印

(研修事業者)

フロンティア介護スクール 様

※申請書に添付する際は、原本の写し（コピー）を提出すること。その際、必ず、右欄に原本であることの証明をすること。

上記、原本と相違ないことを証明します。  
平成 年 月 日

(研修事業者)

印

注1 科目毎に提出すること。

注2 ※番号は、実地研修実施計画書(参考様式6-2)の番号とあわせること。

実地研修実施機関承諾書

No. \_\_\_\_\_

研修課程	1号・2号研修	科目名	鼻腔内の喀痰吸引
------	---------	-----	----------

1	施設の名称		※番号	132・232			
2	施設所在地						
3	受入責任者						
4	連絡先	電話番号 ( )	-				
受講者受入の条件							
5	受入開始時期	平成 年 月 日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度 日間					
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数 人					
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
9	その他特記事項						

フロンティア介護スクール（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

平成 年 月 日

法人名

法人所在地

代表者名

印

(研修事業者)

フロンティア介護スクール 様

※申請書に添付する際は、原本の写し（コピー）を提出すること。その際、必ず、右欄に原本であることの証明をすること。

上記、原本と相違ないことを証明します。  
平成 年 月 日

(研修事業者)

印

注1 科目毎に提出すること。

注2 ※番号は、実地研修実施計画書(参考様式6-2)の番号とあわせること。

実地研修実施機関承諾書

No. \_\_\_\_\_

研修課程	1号・2号研修	科目名	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
------	---------	-----	-----------------

1	施設の名称						
2	施設所在地						
3	受入責任者						
4	連絡先	電話番号 (       )       -					
受講者受入の条件							
5	受入開始時期	平成    年    月    日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度    日間					
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数    人					
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
9	その他特記事項						

フロンティア介護スクール（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

平成    年    月    日

法 人 名

法人所在地

代 表 者 名

印

(研修事業者)

フロンティア介護スクール 様

※申請書に添付する際は、原本の写し（コピー）を提出すること。その際、必ず、右欄に原本であることの証明をすること。

上記、原本と相違ないことを証明します。  
平成    年    月    日

(研修事業者)

\_\_\_\_\_ 印

注1 科目毎に提出すること。

注2 ※番号は、実地研修実施計画書(参考様式6-2)の番号とあわせること。

実地研修実施機関承諾書

No. \_\_\_\_\_

研修課程	1号研修	科目名	経鼻経管栄養
------	------	-----	--------

1	施設の名称		※番号	135			
2	施設所在地						
3	受入責任者						
4	連絡先	電話番号 (       )       -					
受講者受入の条件							
5	受入開始時期	平成    年    月    日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度    日間					
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数1人					
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
9	その他特記事項						

フロンティア介護スクール（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

平成    年    月    日

法 人 名

法人所在地

代 表 者 名

印

(研修事業者)

フロンティア介護スクール 様

※申請書に添付する際は、原本の写し（コピー）を提出すること。その際、必ず、右欄に原本であることの証明をすること。

上記、原本と相違ないことを証明します。  
平成    年    月    日

(研修事業者)

印

注1 科目毎に提出すること。

注2 ※番号は、実地研修実施計画書(参考様式6-2)の番号とあわせること。

実地研修実施機関承諾書

No. \_\_\_\_\_

研修課程	1号研修	科目名	気管カニューレ内部の喀痰吸引
------	------	-----	----------------

1	施設の名称						
2	施設所在地						
3	受入責任者						
4	連絡先	電話番号 (       )       -					
受講者受入の条件							
5	受入開始時期	平成    年    月    日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度    日間					
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数1人					
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
9	その他特記事項						

フロンティア介護スクール（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

平成    年    月    日

法 人 名

法人所在地

代 表 者 名

印

(研修事業者)

フロンティア介護スクール 様

※申請書に添付する際は、原本の写し（コピー）を提出すること。その際、必ず、右欄に原本であることの証明をすること。

上記、原本と相違ないことを証明します。  
平成    年    月    日

(研修事業者)

\_\_\_\_\_ 印

注1 科目毎に提出すること。

注2 ※番号は、実地研修実施計画書(参考様式6-2)の番号とあわせること。