

社会福祉法人 桜井の里福祉会 喀痰吸引等研修

## 推 薦 状 (とりまとめ票)

記入日：令和 年 月 日

社会福祉法人 桜井の里福祉会

理 事 長 佐々木 勝則 様

〒 ー

住 所 : \_\_\_\_\_

設置主体法人名 : \_\_\_\_\_

事業種別 : \_\_\_\_\_

施設・事業所名 : \_\_\_\_\_

施設・事業所長氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 : \_\_\_\_\_

FAX番号 : \_\_\_\_\_

担当者氏名 : \_\_\_\_\_

- 下記職員の当研修への受講について、責任を持って推薦します。
- 下記職員の受講が決定した際は、下記職員の実地研修受入れについて委託契約を締結します。(但し、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合は、その実地研修先と委託契約を締結します)
- 推薦状、下記職員の受講申込書の内容に相違ありません。

優先順位	氏 名
1位	
2位	
3位	

## 1. 実地研修先

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
-------	-------------------------------------	---------------------------------------

## 2. 受講者が所属する施設・事業所以外の場合、実地研修先(同一経営主体の施設・事業所の協力病院とします)

実地研修先	設置主体法人名	
	事業種別	
	施設・事業所名	
	施設長・事業所長名	

※ 所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する場合「実地研修受け入れ承諾書」を添付して下さい。

## 3. 実地研修先の利用者の状況

実地研修先の利用者の状況 (申込日現在)	①口腔内の喀痰吸引	人	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人
	②鼻腔内の喀痰吸引	人	⑤経鼻経管栄養	人
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引	人		

※ 第1号研修は①～⑤のすべての行為、第2号研修は①～⑤のうちいずれかの行為の実地研修が必要です。

## 4. 実地研修先の指導講師

実地研修先の指導講師	フリガナ		指導講師	
	氏名		所属施設	
			電話番号	
実地研修先の指導講師	フリガナ		指導講師	
	氏名		所属施設	
			電話番号	
実地研修先の指導講師	フリガナ		指導講師	
	氏名		所属施設	
			電話番号	

## 5. 受講に係る確認事項（確認欄に✓点でチェック）

確認欄	確認内容
	推薦する受講生は、募集要項内「7. 受講資格」の全ての項目を満たしている
	実地研修に関して、募集要項内「18. 実地研修に関わる申込要件」の全ての項目を満たしている。

## 6. 受講が決定した際の受講料の請求方法（どちらかに○）

請求書の宛名	受講生個人宛	・	所属する施設・事業所宛て
「所属する施設・事業所宛て」の場合、複数名いる際の請求方法	受講生別に作成	・	施設・事業所の合計金額で作成

## 7. 封入物チェックリスト

- 【様式1】推薦状（とりまとめ票）
- 【様式2】受講申込書
- 実地研修受け入れ承諾書（実地研修を所属する施設・事業所以外で実施する方のみ）
- 科目免除対象者は修了証のコピー