様式3

**介護職員等医療的ケア第1・2号研修実地研修指導実施承諾書　兼　指導依頼書**

西暦　　　　年　　　月　　　日

ひとてま介護塾　代表　板垣　園子　様

　　　　　　　　　　　　　　　　 指導事業所名：

住 所：〒

電 話 番 号：　　　　　 　　　　　　　　FAX：

E-mail:

事 業 所 の 長:

標記研修について、次の研修受講者に対し指導することを承諾します。

1．実地研修を行う受講者並びに研修協力者及び看護職名　※欄が不足する場合はコピー願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修受講者氏名 | 研修協力者氏名 | 指導予定看護職氏名 | 指導者資格 |
|  |  |  | □取得済　□取得予定 |
|  | □取得済　□取得予定 |
|  |  |  | □取得済　□取得予定 |
|  | □取得済　□取得予定 |

2. 実地研修内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 特定行為 | 3. 実地研修予定期間 |
| □ | 口腔内の喀痰吸引　（　マスク：　無　・　有　） | 年 月 日　～  年 月 日 |
| □ | 鼻腔内の喀痰吸引　（　マスク：　無　・　有　） |
| □ | 気管カニューレ内吸引　（　人工呼吸器：　無　・　有　） | 4.書類の送付方法 |
| □ | 胃ろう・腸ろう　（　液体　・　半固形　） | メール希望　・　FAX希望 |
| □ | 経鼻経管栄養 |

5.指導委託料　　不要　・　要　（指導委託料振込口座情報・請求金額をご記入ください）

指導委託料は、ケア1項目につき12,000円です。　　　　　　　　　　　　　　請求金額　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| 預金種目 | 1.　普通　　2.　当座　　　　　　口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| お名前 |  | | | | | | | |

**実地研修指導依頼書**

　実地研修指導事業所　様

この度は、実地研修の指導をお引き受けいただきましてありがとうございます。

上記受講者に対し、標記実地研修の指導をご依頼申し上げます。

　ひとてま介護塾では、研修の迅速化およびペーパーレス化を図るため、本書類をもって実地研修依頼書とさせていた

だきます。指示書・評価表等は、メールまたはFAXでの送受信とさせていただきたくご協力をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修機関記入欄 | |
| 受講者管理NO. | 書類受理日 |