

記入日を記入。

西暦 年 月 日

医療法人葵会理事長 様

利用者1名につき1枚ご記入ください。

指導事業所名： 訪問看護ステーション▲▲▲▲

郵便番号： ×××-××××

住所： 岩手県盛岡市〇〇 ●丁目●番●号

電話番号： 019-222-2222

事業所の長： ●● ●● 印

捺印忘れずに。

標記研修について、次の研修受講者に対し、特定の利用者ごとに指導することを承諾します。

実施にあたり、医療法人葵会より依頼書及び評価票などの送付を受けた後、介護職員へ研修を実施し、報告致します。

1. 基本研修（現場演習）及び実地研修を行う受講者並びに特定の利用者及び看護職名

チェック忘れずに。

研修受講者氏名	特定の利用者氏名	指導予定看護職氏名	指導者資格
盛岡 太郎	岩手 次郎	●● ●●	<input checked="" type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
			<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定

2. 基本研修（現場演習）及び実地研修内容

特定行為の内容に相違がないか確認。

特定行為	チェック欄	行為の区分（認定の区分）
口腔内の喀痰吸引（咽頭の手前まで）	<input checked="" type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法
鼻腔内の喀痰吸引（咽頭の手前まで）	<input checked="" type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法
気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	通常手順
	<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤
	<input checked="" type="checkbox"/>	胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤
経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤

3. 実地研修予定期間

西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

※指導者資格未取得の方は、実地研修指導を行う前に指導者資格取得のためのDVD視聴自己学習が必要です。

DVD視聴は電話（019-681-7653：平日9：00～16：00）で申し込んでください。自己学習終了後は、指導者養成講習修了報告書（様式6）をFAX（019-681-7667）で提出してください。

※【研修事務局記入欄】

受講者管理 NO.	書類受理日 年 月 日 印
-----------	---------------

受講生の所属事業所より実地研修指導事業所へ依頼→実地研修指導事業所記入→受講生の所属事業所が原本を受け取り、写しを保管
→原本は医療法人葵会チームもりおか