

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 柏原 雅史 様

〒 ー

住 所 : _____

設置主体 : _____

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 : _____

- 下記の職員の当研修の受講を、責任を持って推薦します。
- 下記の職員の受講が決定した際は、下記の職員の現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・事業所以外で現地研修を行う場合は、その現地研修先と委託契約を締結します)
- 推薦状、下記の職員の受講申し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. 現地研修先

現地研修先	<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、現地研修先(同一経営主体の施設・事業所の協力病院とします)

現地研修先	設 置 主 体	
	事 業 種 別	
	施 設 ・ 事 業 所 名	
	施設長・事業所長名	

※ 所属する施設・事業所以外で現地研修を実施する場合「現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	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
利用者の状	②鼻腔内の喀痰吸引	人	⑤経鼻経管栄養	人
(申込日現在)	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、募集要項の「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、募集要項の「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、複数数いる際の請求方法	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）
- 返信用封筒（84円切手貼付 ※申込人数によって料金不足となった場合は、追加料金をご負担下さい）
- 科目免除対象者は修了証のコピー