

2026 年度介護職員等のたん吸引等研修受講申込書  
(特定の者を対象とする研修 [第三号研修])

年 月 日

竹田健康財団  
理事長 浅野 晃司 様

(受講を申し込む事業所・施設)

住 所		〒	
施設・事業所の名称			
施設・事業所の長		(印)	
担当者	職・氏名		
	連絡先	TEL	FAX

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。訪問介護事業所等の居宅系の事業所の「施設・事業所の長」は、当該事業所の管理者になります。

平成 24 年 4 月 1 日に施行された改正後の社会福祉士及び介護福祉士法附則第 4 条第 2 項の規定に基づき、当事業所・施設に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として福島知事の認定を受けたいので、次のとおり当該介護職員等の受講を申し込みます。

1 受講申込者

ふりがな 氏 名				性別 男・女
	生年 月 日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	
現住所	(〒 - )			
勤務先での 職種	① 介護職員      ② 訪問介護員      ③ その他 ( )			
連絡先				
希望する 研修(番号を ○で囲んで ください)	① 基本研修+実地研修			
	② 実地研修のみ (欄外の注 1 参照)			
	基本研修合格証番号: _____ (基本研修合格証の写しを添付してください)			

注 1: 実地研修のみを希望する方は、すでに基本研修・実地研修を修了している方で、新しい利用者に対して実施したい、もしくは新たな行為について実施したい方が対象となります。その他についてはお問合せください。

2 特定の利用者（重度障害者）の氏名等

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)		
実地研修で 行う医行為 の種類	<input type="checkbox"/>	①口腔内の喀痰吸引（通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	②鼻腔内の喀痰吸引（通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	③気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順又は侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合又は半固形型栄養剤の場合）	
	<input type="checkbox"/>	⑤経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）	

※ 実地研修で行う医行為の種類に○印を付けてください。

※ 必ず利用者本人（またはその家族）からの同意を得てから申し込んでください。

3 実地研修の指導者（指導者氏名は、確定している場合のみ記入すること）

所属	氏名	免許の種類
		医師・保健師・助産師・看護師

※ 「免許の種類」欄の該当する資格に○を付してください。

※ 基本研修（現場演習）及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師（准看護師は除く）は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）による指導者養成事業（自己学習による研修）を修了していることが必要です。

※ 指導看護師への謝金等は、当研修機関の規定により、当研修機関が負担します。

4 実地研修の指導に当たる指導看護師の事業所より利用者宅（施設）までの距離

① 会津若松市内 /km（片道）

② 会津若松市以外 /km（片道）

※ ご記入いただきました内容は、本研修に関する手続きにのみ使用させていただきます。

2026 年度介護職員等のたん吸引等研修受講申込書  
(特定の者を対象とする研修 [第三号研修])

申し込み日を記入

年 月 日

竹田健康財団

理事長 浅野 晃司 様

住所		〒	
施設・事業所の名称			
施設・事業所の長		(印)	
担当者	職・氏名		
	連絡先	TEL	FAX

当該事業所の管理者名を記入

当該事業所の管理者名でも結構です  
管理者以外の担当者でも結構です

※ 施設・事業所単位で申し込んでください。訪問介護事業所等の居宅系の事業所の「施設・事業所の長」は、当該事業所の管理者になります。

平成 24 年 4 月 1 日に施行された改正後の社会福祉士及び介護福祉士法附則第 4 条第 2 項の規定に基づき、当事業所・施設に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として福島知事の認定を受けたいので、次のとおり当該介護職員等の受講を申し込みます。

1 受講申込者

ふりがな 氏名				性別 男・女
	生年月日	昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)	
現住所	(〒 - )			
勤務先での 職種	① 介護職員      ② 訪問介護員      ③ その他 ( )			
連絡先				
希望する 研修(番号を ○で囲んで ください)	① 基本研修+実地研修			
	② 実地研修のみ (欄外の注 1 参照)			
	基本研修合格証番号: _____			
	(基本研修合格証の写しを添付してください)			

注 1: 実地研修のみを希望する方は、すでに基本研修・実地研修を修了している方で、新しい利用者に対して実施したい、もしくは新たな行為について実施したい方が対象となります。その他についてはお問合せください。

必ず記入

2 特定の利用者（重度障害者）の氏名等

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）		
実地研修で 行う医行為 の種類	<input type="checkbox"/>	①口腔内の喀痰吸引（通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	②鼻腔内の喀痰吸引（通常手順又は非侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	③気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順又は侵襲的人工呼吸器装着者用手順）	
	<input type="checkbox"/>	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合又は半固形型栄養剤の場合）	
	<input type="checkbox"/>	⑤経鼻経管栄養（滴下型の液体栄養剤の場合）	

※ 実地研修で行う医行為の種類に○印を付けてください。

※ 必ず利用者本人（またはその家族）からの同意を得てから申し込んでください。

3 実地研修の指導者（指導者氏名は、確定している場合のみ記入すること）

所属	氏名	免許の種類
		医師・保健師・助産師・看護師

※ 「免許の種類」欄の該当する資格に○を付してください。

※ 基本研修（現場演習）及び実地研修の指導に当たる実地研修指導講師（准看護師は除く。）は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）による指導者養成事業（自己学習による研修）を修了していることが必要です。

※ 指導看護師への謝金等は、当研修機関の規定により、当研修機関が負担します。

4 実地研修の指導に当たる指導看護師の事業所より利用者宅（施設）までの距離

- ① 会津若松市内 /km（片道）
- ② 会津若松市以外 /km（片道）

※ ご記入いただきました内容は、本研修に関する手続きにのみ使用させていただきます。

○受講申し込みをする前に

・当該の利用者に訪問している訪問看護ステーション等に実地指導の内諾を得ておくこと。内諾が得られない場合は、申し込みの際にご相談下さい。

・指導者名の記入は、内諾を得られた訪問看護ステーション等に確認をお願いします。確認できない場合は未記入でも結構です。

○4は、こちらと実地指導者所属事業所間で確認しますので、未記入のままでも結構です