

令和4年度「喀痰吸引等研修(特定の者対象)」受講者募集

☆日程 《基本研修》 日程 令和4年8月23日（火）、24日（水）2日間
講義：8時間 演習：1.5時間 確認評価：1時間
筆記試験：30分
《実地研修》 基本研修修了後日程調整し、利用者の方の居宅及び勤務先の施設で行います。

- ① 「武蔵野市介護サービス事業者リスト」「武蔵野市障害福祉サービス事業者リスト」に掲載されている施設・事業所に所属し、特定の個人を対象にたんの吸引等を行う介護職員等であること。
- ② 実地研修を行うことに同意を得られる特定のご利用者がいること。
- ③ 実地研修・評価にご協力いただける指導看護師を派遣する訪問看護事業所の承諾を得られること。
- ④ 医師から、ご利用者に対してたんの吸引等を行うことを承認された（または承認を受けることのできる）介護職員であること。
- ⑤ 基本研修を2日間遅刻早退せずに受講できること。

☆申込方法 研修申込書に必要事項を記入の上、武蔵野市地域包括ケア人材育成センター（武蔵野市吉祥寺北町１－９－１ 武蔵野市福祉公社本部）にご持参ください。
お申し込みの際に、運転免許証、健康保険証等で、ご本人確認をさせていただきます。



〒180-0001

東京都武蔵野市吉祥寺北町1丁目9番1号

●吉祥寺駅北口徒歩10分

●吉祥寺駅北口1番または2番乗り場から
「武蔵野八幡宮」下車

☆締め切り 令和4年8月12日(金)

※添付しました「喀痰吸引等研修(特定の者対象)のしおり」をお読みいただき
お申し込みください。

研修受講必要書類

書類	注意点	備考
研修申込書	- 記入漏れがないか確認 - 代表者印の押印 - 事前準備のチェック - 本人確認のできるもの	提示のみ コピー不要
実地研修同意書	十分な説明後、協力同意について本人または家族の署名(用紙は、受講決定通知に同封)	受講決定後、 実地研修開始 までに提出
指導看護師派遣誓 約書兼承諾書	受講決定通知に同封する用紙の下欄事業所記載箇所に記入	受講決定後速 やかに
医師の指示書	医療機関の所定の書式がある場合は、その書式で可能(文書料は、事業所で負担)	受講決定後速 やかに

※提出書類について、必要なものはあらかじめコピーをしてください。

《問い合わせ先》

公益財団法人武蔵野市福祉公社
武蔵野市地域包括ケア人材育成センター
中島、桑谷
〒180-0001 武蔵野市吉祥寺北町 1-9-1
Tel: 0422-20-3741 / Fax: 0422-23-1164

武蔵野市地域包括ケア人材育成センター

令和 4 年度「喀痰吸引等研修（特定の者対象）」研修申込書

令和 年 月 日

公益財団法人武蔵野市福祉公社
理事長 森 安 東 光 殿

下記のとおり、喀痰吸引等研修(特定の者対象)を受講したいので申し込みます。

住 所	〒 ー		
氏 名	フリガナ		
性 別	1. 女 2. 男	電話番号	()
生年月日	昭和 平成 年 月 日生		満 歳
介護職としての 保有資格等	☐ 2級ヘルパー ☐ 介護職員初任者研修課程修了 ☐ 実務者研修修了 ☐ 介護福祉士 ☐ その他		
所属事業所	名称 所在地 代表者名 印		
受講希望理由			
事業所としての 育成計画 (所属事業所記入)			
事前準備 (チェック記入)	☐ 実地研修の協力について利用者に説明をしている ☐ 利用者の担当介護支援専門員に当該研修について説明をしている ☐ 指導看護師へ協力依頼をしている ☐ かかりつけ医等医師に説明をしている		
履修免除 (事務局記入)	☐ 履修免除なし ☐ 履修免除あり ⇒業務規程⑤ () に該当する証明書の提出 ☐		
本人確認 (事務局記入)	☐ 保険証 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()		