洛和会喀痰吸引等研修機関 宛

ＦＡＸ：０７５－３４４－８７５５

※着信のご確認はこちらまで　℡０７５－３５４－７０６７

実地研修における調査依頼書

介護職員等用

2025年度　洛和会喀痰吸引等研修機関研修（第１号、第２号研修）
の自施設等研修の実施について（調査依頼）

施設等名

施設長名

担当者名

ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：

【調査項目】該当する項目をそれぞれ選択してください

1. 実地実施研修項目を□内にレチェックをしてください。

５項目中４項目修了で２号研修　　５項目修了で１号研修となる

① 吸引　　：口腔吸引　□鼻腔吸引　□気管内吸引
経管栄養：□経鼻栄養　□胃ろう 0r 腸ろう

②人工呼吸器装着者の吸引希望者の演習は登録機関となります。
実地実施研修は自施設でお願いします。
□人工呼吸器装着者の演習　※別途料金発生
（侵襲的・非侵襲的）

２．自施設等研修の実施について該当項目にチェックをお願いします。

□ 指導看護師、喀痰吸引等の必要な利用者があり、実地研修可能

□ 指導看護師、喀痰吸引等の必要な利用者がなく、実地研修不可能

① 実地研修が不可能な理由についてお答えください
ア） 指導看護師がいない
イ） 喀痰吸引等の必要な利用者がいない
ウ） どちらもいない

② 同法人内で実地研修が可能ですか？
ア） 同法人内で実地研修が可能
イ） 同法人内でも実地研修は不可

※ 指導看護師、喀痰吸引等の必要な利用者がいない施設等の場合、応募者多数に際しての選考における優先順位が低くなることがあります

３．他施設の介護職員等の実地研修を受入れることは可能ですか

□ 可　　（　　人）　　□ 不可