

(参考様式8)

介護福祉士の喀痰吸引等実地研修 修了者管理簿

登録喀痰吸引等事業者番号	事業所名

No.	修了証番号	氏名	生年月日	住所	介護福祉士登録番号	合格年度	基本研修受講種類	受講開始年月日	修了証交付年月日	実施行為種別	指導講師の氏名	指導講師の受講講習
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

- 備考 1 「修了証番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
- 2 「実施行為種別」には実地した特定行為の種別を以下から選択し、番号を記載してください。
 口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引
 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養
- 3 「基本研修受講種類」には、以下のA～Dのいずれかを選択し、記入してください。
 A 県主催の喀痰吸引等研修
 B 登録研修機関主催の喀痰吸引等研修
 C 実務者研修
- 4 「指導講師の受講講習」は以下のア～エのいずれかを選択し、記入してください。
 ア 平成22年度 試行事業指導者講習(厚生労働省主催)
 イ 平成23、24年度 指導者講習(厚生労働省主催)
 ウ 平成23年度～ 指導者講習伝達講習(長崎県主催)
 エ 平成23年度～ 指導者講習伝達講習(長崎県以外の県が主催)
 オ 医療的ケア教員講習会(厚生労働省規定の講習会で民間団体実施のもの)
- 5 この管理簿は、喀痰吸引等業務廃止まで管理する必要があります。廃止する場合は、管理簿を長崎県に引継ぎを行ってください。
- 6 実地研修修了証の交付状況について、交付した日の属する年度の翌年度の4月末日までに、長崎県知事へ報告を行う必要があります。

D 養成校にて修了