

令和6年度 第2回 介護職員等による喀痰吸引等(特定の者対象) の研修  
受講要件等チェック表

受講者氏名			
NO	チェック項目	内容	チェック
1	勤務する事業所について	喀痰吸引等を業として行う（登録事業者となる）予定がありますか？（はい、あります。→チェック）	<input type="checkbox"/>
2	受講者についての確認	病院、診療所、医療型障害児入所施設に勤務していませんか？（はい、勤務していません。→チェック）	<input type="checkbox"/>
		「不特定の者」に対して、喀痰吸引等を行うことを希望していませんか？（はい、希望していません。→チェック）	<input type="checkbox"/>
3	利用者について	本研修課程（実地研修）においても協力いただくことに同意を得ていますか？（はい、同意を得ています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
4	指導者について	本研修課程（実地研修）において、指導者として協力いただく方が確保できていますか？（はい、確保できています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
		指導者となる予定の方は、医師、看護師(准看護師は除く。)、保健師、助産師のいずれかに該当していますか？（はい、該当しています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
		指導者となる予定の方に対して、指導者となるためには、厚生労働省が作成したマニュアルにより自己学習を修了する必要があることを説明し、了解を得ていますか？（はい、了解を得ています。→チェック）	<input type="checkbox"/>
5	提出書類	別紙1「介護職員受講申込書」	<input type="checkbox"/>
		別紙2「受講要件等チェック表」（※本紙）	<input type="checkbox"/>
		別紙3「指導者養成研修申込者調書」	<input type="checkbox"/>
		別紙4「推薦書」	<input type="checkbox"/>
		（指導者研修を既に受講済みの方） 「指導者養成事業報告書」の受領書（写）	<input type="checkbox"/>
		（本研修の受講経験のある方） 取得した修了証（写）（1枚）	<input type="checkbox"/>

※本チェック表（別紙2）も、受講申込書とあわせて送付願います。