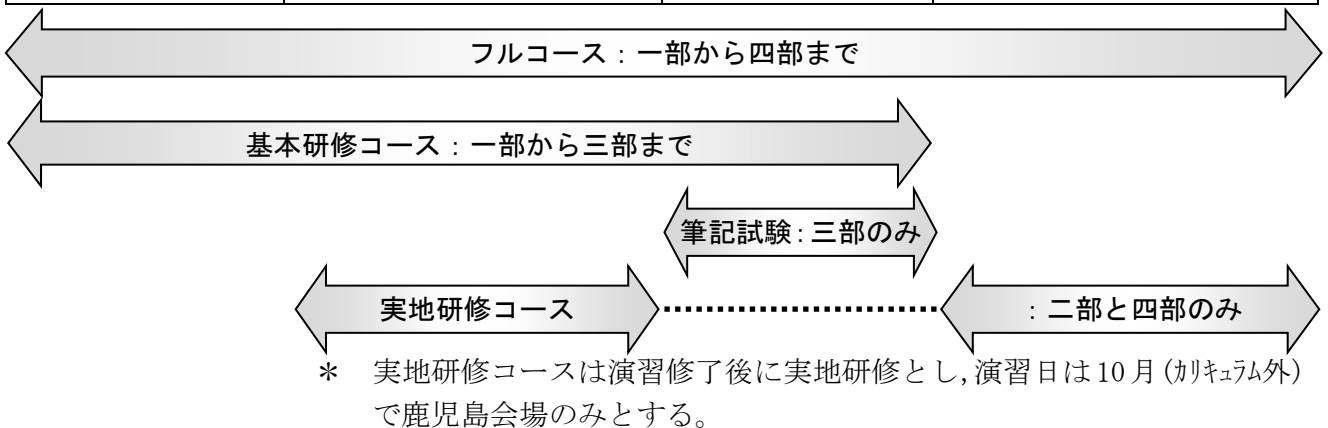


令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）

開 催 要 項

1. 目 的 平成24年4月から施行された介護職員等によるたんの吸引等の制度化について、特別養護老人ホーム等の施設等において、必要なケアをより安全に提供するため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成することを目的とし、研修を実施する。
2. 研修機関 鹿児島県社協老人福祉施設協議会
3. 構 成 本研修は4部構成とし、修了過程によって「フルコース」「基本研修コース」「筆記試験」「実地研修コース」の4コースを設ける。
日程・会場はカリキュラムを参照すること。なお、カリキュラムは変更される場合がある。

第一部	第二部	第三部	第四部
講義/8日50時間 鹿児島会場・種子屋久会場で、3カ月間のうち8日間開催。	演習/1日間 鹿児島会場は5日間開催、種子屋久会場は1日間開催のうち、いずれかの1日のみの受講とする。受講日は研修機関で指定するものとし、後日連絡することとする。 救急蘇生法の演習は、当日実施手順解説後に実施する。	筆記試験 鹿児島会場のみで開催。試験時間は90分で50問出題、出題方式は四肢択一方式。	実地研修/原則6ヵ月以内 講義・演習・筆記試験修了後、研修実施施設(自施設か所属法人事業者)にて指定回数を実施。 実施回数により修了時期は異なる。(実地研修期間は原則6ヵ月以内) *実地研修コースは演習修了後に実地研修を行うこととする。



4. 対象者 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、障害者（児）施設等（医療施設を除く）、居宅サービス事業等に就労している介護職員等（介護福祉士を含む）で、なお且つ（実地研修実施施設の確保が困難な為）自施設にて実地研修の受講が可能な者。
（医療施設は医療職が医療行為を行う機関のため、介護職員等のたんの吸引等は実施不可）

【実地研修の条件】

- ・対象となる施設は一定の要件を満たす，介護保険施設（医療機関を除く），有料老人ホーム，グループホーム，障害者（児）施設等とする。（別紙「実地研修に係る確認事項チェックシート」にて確認のこと）
- ・実地研修で指定期間内に1名の指導講師が指導できる介護職員等数は2名を目処とする。

各コースの対象者は下表のとおりとし，受講申込時に指定する添付書類を提出できる者とする。

フルコース	・初めての受講となる介護職員等
基本研修コース	・自施設が「登録喀痰吸引等事業者」（平成29年6月以降に県へ登録）となっており，自施設で実施研修が可能な介護福祉士 *登録喀痰吸引等事業者で実施研修の対象者となるのは介護福祉士資格保有者のみになります。
筆記試験	・再試験受験を希望する介護職員等（過去に講義と演習のみ修了している介護職員等） ・実務者研修，医療的ケアを修了し，実地研修の受講を希望する者 ・介護福祉士養成校を卒業し，実地研修の受講を希望する者 *合格後は実地研修コースの受講が原則。可否通知送付時に合格者のみ実地研修コースの案内を同封。
実地研修コース	・基本研修（講義・演習・筆記試験）を修了している介護職員等 ・2号研修を修了し，特定行為の追加を希望する介護職員等 ・実地研修実施中で指定の期間内に修了が見込まれない介護職員等

*平成28年度（平成29年1月）以降の介護福祉士国家試験合格者は，自施設が登録喀痰吸引事業者の登録をしている場合，実地研修を行うことができる。

5. 定 員

フルコース	鹿児島会場	120名
基本研修コース	種子屋久会場	20名
筆記試験	鹿児島会場	40名
実地研修コース	鹿児島会場	40名
	種子屋久会場	5名

なお，申込者多数で定員を超える場合は，定員に達し次第先着順で受講者を決定することとし，受講決定の可否については次の通り連絡することとする。

受講できる場合	決定通知を所属施設・事業者宛て郵送する。
受講できない場合	申込期限後2週間以内に所属施設・事業者宛てFAXで連絡する。申込の際は必ずFAX番号を記入のこと。

6. 資料代

決定通知郵送時に請求書を同封する。

フルコース	38,000円
基本研修コース	36,000円
筆記試験	無料
実地研修コース	15,000円

7. 宿泊・昼食 宿泊は各自手配すること。
鹿児島会場での講義時の昼食（お弁当1食700円お茶付）は希望により別紙申込書で申し込むこと。（当日のキャンセルや追加申し込みは不可。）
種子屋久会場の講義時の昼食は各自手配すること。
代金は各回初日の受付にて納入すること。

8. 受講申込 別紙コース別受講申込書により、下表申込み期限までに添付書類を添えて **FAX**にて申し込むこと。（記入漏れに留意。期限厳守のこと。）
参加申込後変更が発生した場合は、参加申込書下欄の変更届にて開催日3日前までに県老施協事務局へ連絡すること。（申込者の変更は不可とする。）

フルコース	5ページの受講申込書 添付書類；6ページの実地研修に係る確認事項チェックシート	3月4日（水）
基本研修コース	7ページの受講申込書 添付書類；「登録喀痰吸引等事業者登録通知書」の写し	
筆記試験	8ページの受講申込書 添付書類；研修カード(両面)の写し若しくは医療的ケア履修証明書・実務者研修修了証明書の写し	5月7日（木）
実地研修コース	9ページの受講申込書 添付書類；基本研修修了証明書(登録研修機関発行分)若しくは2号研修修了証明書の写し，10ページの実地研修に係る確認事項チェックシート	

9. 修了証明書の発行

本研修の全てのカリキュラムを修了した者に、基本研修及び第1号研修，第2号研修の修了証明書を発行する。

10. その他

- ・研修会講師は鹿児島県の介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修事業（不特定多数の者対象）指導者講習を修了した者とする。
- ・筆記試験受験申込書を除き、申込期限2週間経過後に決定通知が手元にない場合、事務局へ連絡のこと。
- ・必ずカリキュラムをダウンロードして手元に保管し、各自で日程管理を行うこととする。
- ・会場は駐車場の台数に限りがあるため、できる限り公共交通機関を利用すること。
- ・受講中に退職、氏名や住所の変更等発生した場合、事務局へ連絡のこと。

11. 連絡先 〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター内
鹿児島県社協老人福祉施設協議会 事務局
TEL ; 099-297-5611 FAX ; 099-250-9358

【参考】 ～介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修事業（不特定多数の者対象）指導者講習資料より一部抜粋～

介護職員等によるたんの吸引等の実施は、「介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等が一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。」となっており、登録をした認定特定行為従事者が登録をした登録特定行為事業者で、及び喀痰吸引等行為の登録をした介護福祉士が登録をした登録喀痰吸引等事業者で行うものです。

	認定特定行為従事者の登録の場合	介護福祉士の登録の場合（H29.4以降）
条件	喀痰吸引等研修を受講し修了した者（実務者研修、養成校で医療的ケアを修了し、更に登録研修機関で実地研修を修了した者を含む）	1. 第29回国家試験（H29.1筆記分）以降の合格者で、実地研修を修了した者（*1） 2. 第28回以前の国家資格保有者で、且つ以下のいずれかに該当する者 ①認定特定行為従事者の登録をした者（*2） ②喀痰研修等研修（1号研修・2号研修）を修了した者
登録先	都道府県	公益社団法人社会福祉振興・試験センター
提出書類	第4号様式、第4号様式の3、住民票（鹿児島県内に居住する者/住民登録のある者を除く）、修了証明書の写し	1. 介護福祉士登録申請書、登録手数料「振込払込受付証明書」貼付用紙、登録抄本等本人確認書類、実地研修修了を証する書類等 2. 登録事項変更届出書、登録抄本等本人確認書類、登録証の原本、実地研修修了を証する書類等
手数料	1,500円	1. 3,320円 2. 1,200円

- * 1 実地研修が未修了の場合、介護福祉士登録証の交付後、就業先（登録喀痰吸引等事業者の登録が必須）で実施研修を行い、喀痰吸引等行為の登録について登録事項変更届を行うこととする。
- * 2 既に認定特定行為従事者の登録をした者の介護福祉士の登録は任意。認定特定行為従事者の登録をした者は介護福祉士の登録をしなくても喀痰吸引等は実施可能。

名称	登録特定行為事業者	登録喀痰吸引等事業者
登録開始時期	平成24年4月	平成29年6月
登録先	鹿児島県（都道府県）	鹿児島県（都道府県）
対象とする者・内容	登録特定行為従事者（鹿児島県に登録をした者）が喀痰吸引等を実施するための事業者登録	介護福祉士が喀痰吸引等を実施するための事業者登録
実地研修	不可	可（ただし、平成28年度以降国家資格合格者、医療的ケア修了者、実務者研修修了者、喀痰吸引等研修基本研修修了者のみ対象）
提出書類	第1号様式、第1号様式の2、第1号様式の3、第1号様式の4とその添付書類（第1号様式の4「適合要件」2②の実地研修実施方法の規定は除く）	第1号様式、第1号様式の2、第1号様式の3、第1号様式の4とその添付書類
手数料	2,400円（鹿児島県収入証紙）	2,400円（鹿児島県収入証紙）

- 事業者は、体制整備に関して指針（業務方法書）を作成し、介護職員等や利用者等関係者に周知しなくてはなりません。
- 登録内容に変更が発生した場合は第3号様式（特定行為の範囲の変更）、第3号様式の2（特定行為以外の変更）を用いて変更届を行わなければなりません。
- 登録喀痰吸引等事業者は、鹿児島県に対して実地研修に関する報告を年に1回以上行わなければなりません。

F A X 送信表

本紙申込期限：R2.3.4(水)

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局 行き
(F A X ; 0 9 9 - 2 5 0 - 9 3 5 8)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象研修）
フルコース 受講申込書

R2.3.4 現在

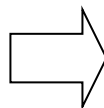
ふりがな 氏名							性別	男・女
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生 () 歳							
会場	<input type="checkbox"/> 鹿児島会場 <input type="checkbox"/> 種子屋久会場							
現在の勤務先	法人名	施設名				職種		
	施設・事業所所在地 〒 - TEL ; FAX ; 担当者氏名 ; ※ この住所に郵送・F A X 送信いたしますので、必ず御記入願います							
現勤務先の 施設等種別 該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 認知症対応型協同生活介護事業所 4. 特定施設入居者生活介護指定事業所 5. 訪問介護事業所 6. 障害者（児）福祉施設 7. その他 ()							
鹿児島会場昼食申込 希望する日に○	4/7	4/8	5/11	5/12	6/3	6/4	6/5	
確認欄	<input type="checkbox"/> 「実地研修に係る確認事項チェックシート」を添付している <input type="checkbox"/> チェックシートを確認したうえで自施設・事業者で実地研修が可能である ※ チェック欄に☑を御記入下さい							

F A X 送信表

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局行き(FAX ; 099-250-9358)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）
フルコース 受講申込変更届

変更前；



変更後；

令和2年度介護職員等によるたん吸引等実施のための研修（不特定多数の者対象）

実地研修に係る確認事項チェックシート

受講申込者名（ ） 実地研修実施施設・事業者名（ ）

▼実地研修実施開始日（令和2年8月中旬頃）までに、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしている必要があります。実施研修開始日までに、要件を満たしていること（見込含）を確認しチェック欄に☑を記入下さい。（実地研修を実施する事業者について記入・チェックを行ってください。）

記入日： 年 月 日

要件	チェック欄
(1)対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
(2)医療関係者、介護関係者等の関係者による連携体制があること。	<input type="checkbox"/>
(3)実地研修を受ける介護職員等を受け入れる際、実地研修の場において介護職員等を指導する指導講師(指導者講習修了者又は医療的ケア教員講習会修了者)について、介護職員等数名につき、1人以上の配置が可能であること。(訪問介護事業者にあつては、訪問看護事業者と連携の上、実地研修の場において指導講師について、介護職員等数名につき、1人以上の確保が可能である場合も含む。)	<input type="checkbox"/>
(4)指導講師は臨床等での実務経験を3年以上有し、指導者講習等を受講していること。または、今後指導者講習等を受講することを了承している看護師等を確保していること。(准看護師は不可)	<input type="checkbox"/>
(5)有料老人ホーム、グループホーム、障害者(児)施設等においては、常勤の看護師の配置又は医療連携体制加算をとっていること。	<input type="checkbox"/>
(6)過去5年以内に、都道府県から介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく指定の効力の停止(障害者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。)を受けたことがないこと。	<input type="checkbox"/>
(7)たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用していること。 口腔内の喀痰吸引()名 鼻腔内の喀痰吸引()名 気管カニューレ内部の喀痰吸引()名 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養()名 経鼻経管栄養()名	<input type="checkbox"/>
(8)施設又は事業者の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
(9)利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導講師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。	<input type="checkbox"/>
(10)実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。	<input type="checkbox"/>
(11)利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医(別途主治医がいる場合に限る。)、指導講師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。	<input type="checkbox"/>
(12)指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。	<input type="checkbox"/>
(13)ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導講師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。	<input type="checkbox"/>
(14)緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導講師との連絡体制が構築されていること。	<input type="checkbox"/>
(15)施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	<input type="checkbox"/>

▼以下要件は希望する場合のみチェックを記入してください。

要件	チェック欄
(17)人工呼吸器装着者が入所又はサービスを利用しており実地研修対象者とする予定で、なお且つ対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できる。	<input type="checkbox"/>

※ 本紙はフルコース受講申込書に添付して3月4日までにFAX送信のこと。

F A X 送信表

本紙申込期限：R2.3.4(水)

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局 行き (F A X ; 0 9 9 - 2 5 0 - 9 3 5 8)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業 (不特定多数の者対象研修)
基本研修コース 受講申込書

R2.3.4 現在

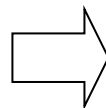
ふりがな 氏名							性別	男・女
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生 () 歳							
会場	<input type="checkbox"/> 鹿児島会場 <input type="checkbox"/> 種子屋久会場							
現在の勤務先	法人名	施設名				職種		
	施設・事業所所在地 〒 - TEL ; FAX ; 担当者氏名 ; ※ この住所に郵送・F A X 送信いたしますので、必ず御記入願います							
現勤務先の 施設等種別 該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 認知症対応型協同生活介護事業所 4. 特定施設入居者生活介護指定事業所 5. 訪問介護事業所 6. 障害者(児)福祉施設 7. その他 ()							
鹿児島会場昼食申込 希望する日に○	4/7	4/8	5/11	5/12	6/3	6/4	6/5	
確認欄	<input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格を保有している (年 月取得) <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引等事業者の登録書の写しを添付している <input type="checkbox"/> 自施設で実地研修を実施 <input type="checkbox"/> 法人内の他事業者で実地研修を実施 ※ チェック欄に☑を御記入下さい							

F A X 送信表

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局行き(FAX ; 099-250-9358)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 (不特定多数の者対象)
基本研修コース 受講申込変更届

変更前 ;



変更後 ;

F A X送信表

本紙申込期限：R2.5.7(木)

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局 行き
(F A X ; 0 9 9 - 2 5 0 - 9 3 5 8)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業 (不特定多数の者対象研修)

筆記試験 受験申込書

R2.5.7 現在

ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
生年月日・年齢	昭和 ・ 平成 年 月 日生 () 歳			
現在の勤務先	法人名	施設名	職種	
	施設・事業所所在地 〒 -			
	TEL ; FAX ; 担当者氏名 ; ※ この住所に郵送・F A X送信いたしますので、必ず御記入願います			
現勤務先の 施設等種別 該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 認知症対応型協同生活介護事業所 4. 特定施設入居者生活介護指定事業所 5. 訪問介護事業所 6. 障害者(児)福祉施設 7. その他 ()			
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 研修カード(両面)の写し、若しくは実務者研修・医療的ケアを履修した修了証明書の写しを添付している。			

※ 受験の手引きと受験票を6月上旬頃に送付いたします。6月中旬になってもお手元にならない場合は、県老協事務局までご連絡下さい。

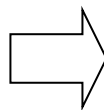
F A X送信表

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局行き(FAX ; 099-250-9358)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 (不特定多数の者対象)

筆記試験 受験申込変更届

変更前 ;



変更後 ;

F A X 送信表

本紙申込期限：R2.5.7(木)

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局 行き (F A X ; 0 9 9 - 2 5 0 - 9 3 5 8)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業 (不特定多数の者対象研修)

実地研修コース 受講申込書

R2.5.7 現在

ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生 () 歳			
現在の勤務先	法人名	施設名	職種	
	施設・事業所所在地 〒 - TEL ; FAX ; 担当者氏名 ; ※ この住所に郵送・F A X 送信いたしますので、必ず御記入願います			
現勤務先の 施設等種別 該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 認知症対応型協同生活介護事業所 4. 特定施設入居者生活介護指定事業所 5. 訪問介護事業所 6. 障害者(児)福祉施設 7. その他 ()			
受講を申込み 特定行為 該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引(通常手順) <input type="checkbox"/> 口腔内吸引(人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引(通常手順) <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引(通常手順) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引(人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう(流動食) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう(半固形) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養			
確認欄	<input type="checkbox"/> 「実地研修に係る確認事項チェックシート」を添付している <input type="checkbox"/> 基本研修修了証明書(登録研修機関発行分)若しくは2号研修修了証明書を添付している <input type="checkbox"/> チェックシートを確認したうえで自施設・事業者で実地研修が可能である ※ チェック欄に☑を御記入下さい			

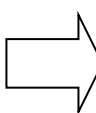
* 演習は鹿児島会場のみとし、演習日を10月とする。

F A X 送信表

鹿児島県社協老人福祉施設協議会事務局行き(FAX ; 099-250-9358)

令和2年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修 (不特定多数の者対象)

実地研修コース 受講申込変更届

変更前；	 9	変更後；
------	--	------

令和2年度介護職員等によるたん吸引等実施のための研修（不特定多数の者対象）

実地研修に係る確認事項チェックシート

受講申込者名（ ） 実地研修実施施設・事業者名（ ）

▼実地研修実施開始日（令和2年10月中旬頃）までに、国の研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしている必要があります。実施研修開始日までに、要件を満たしていること（見込含）を確認しチェック欄に☑を記入下さい。（実地研修を実施する事業者について記入・チェックを行ってください。）

記入日： 年 月 日

要件	チェック欄
(1) 対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
(2) 医療関係者、介護関係者等の関係者による連携体制があること。	<input type="checkbox"/>
(3) 実地研修を受ける介護職員等を受け入れる際、実地研修の場において介護職員等を指導する指導講師（指導者講習修了者又は医療的ケア教員講習会修了者）について、介護職員等数名につき、1人以上の配置が可能であること。（訪問介護事業者にあつては、訪問看護事業者と連携の上、実地研修の場において指導講師について、介護職員等数名につき、1人以上の確保が可能である場合も含む。）	<input type="checkbox"/>
(4) 指導講師は臨床等での実務経験を3年以上有し、指導者講習等を受講していること。または、今後指導者講習等を受講することを了承している看護師等を確保していること。（准看護師は不可）	<input type="checkbox"/>
(5) 有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等においては、常勤の看護師の配置又は医療連携体制加算をとっていること。	<input type="checkbox"/>
(6) 過去5年以内に、都道府県から介護保険法第91条の2に基づく勧告、命令及び第92条に基づく指定の効力の停止（障害者自立支援法、児童福祉法等による同様の勧告等を含む。）を受けたことがないこと。	<input type="checkbox"/>
(7) たんの吸引及び経管栄養の対象者が適当数入所又はサービスを利用していること。 口腔内の喀痰吸引（ ）名 鼻腔内の喀痰吸引（ ）名 気管カニューレ内部の喀痰吸引（ ）名 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（ ）名 経鼻経管栄養（ ）名	<input type="checkbox"/>
(8) 施設又は事業者の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること。	<input type="checkbox"/>
(9) 利用者に関するたんの吸引等について、配置医又は実施施設と連携している医師、指導講師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。	<input type="checkbox"/>
(10) 実施施設の施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため施設長の統括の下で、関係者からなる安全委員会が設置されていること。	<input type="checkbox"/>
(11) 利用者の健康状態について、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る。）、指導講師、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。	<input type="checkbox"/>
(12) 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。	<input type="checkbox"/>
(13) ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医又は実施施設と連携している医師、指導講師、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。	<input type="checkbox"/>
(14) 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医又は実施施設と連携している医師、指導講師との連絡体制が構築されていること。	<input type="checkbox"/>
(15) 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。	<input type="checkbox"/>

▼以下要件は希望する場合のみチェックを記入してください。

要件	チェック欄
(16) 人工呼吸器装着者が入所又はサービスを利用しており実地研修対象者とする予定で、なお且つ対象者本人とその家族が実地研修の実施に協力できる。	<input type="checkbox"/>

※ 本紙は実地研修コース受講申込書に添付して5月7日までにFAX送信のこと。