

## 【神奈川県】喀痰吸引等研修 実地研修実施機関追加申請書

＜実地研修実施機関情報＞

記入日	年 月 日	記入者氏名	
法人名			
事業所名 (実地研修先)		実地研修 指導責任者 名	
事業所住所	〒		
事業所 電話番号			

＜提出書類＞ 提出時に✓を付けてください。

1	喀痰吸引等研修実地研修実施機関追加申請書 ※本用紙	
2	喀痰吸引等研修実地研修実施機関承諾書	※変更ある 場合のみ提出
3	実地研修先確認書	※変更ある 場合のみ提出
4	実地研修に関する業務方法書の写し ※原本は各事業所で保管ください。	※変更ある 場合のみ提出
5	実地研修実施計画書の写し ※原本は各事業所で保管ください。	
6	実地研修の実施に係る同意書の写し ※原本は各事業所で保管ください。	
7	指導看護師の調書	※変更ある 場合のみ提出
8	指導看護師 就任承諾書	※変更ある 場合のみ提出
9	実地研修指導看護師の看護師免許証の写し	※変更ある 場合のみ提出
10	実地研修指導看護師の指導者講習修了証の写し	※変更ある 場合のみ提出

※実地研修先及び実地研修の指導看護師についての注意事項

- ① 実地研修は、原則受講生が勤務する又は勤務の予定がある施設・事業所等で実施していただきます。
- ② 実地研修場所において、指導看護師を1人以上確保・配置されている必要があります。

**セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局**  
 (住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3郵船茅場町ビル2階  
 (TEL) 03-6803-5624 (E-mail) st\_kenshu@home.misawa.co.jp

弊 社 記 入	書類受付	県申請
	/ /	/ /