

豊田市障がい者総合支援センター暖

喀痰吸引等 第3号研修（特定の者対象）概要・募集要項

1	登録研修機関番号	2 3 2 0 0 0 4		
2	登録研修機関名	豊田市障がい者総合支援センター 暖		
3	研 修 課 程	口腔又は鼻腔、気管カニューレ内において行われる喀痰吸引 及び、 胃ろう又は腸ろう、経鼻経管による経管栄養 人工呼吸器装着者への喀痰吸引のうち、 口腔又は鼻腔、気管カニューレ内において行われる喀痰吸引		
4	研 修 会 場	講義	会場名	豊田市障がい者総合支援センター 暖
		演習	所在地	豊田市平芝町5丁目13番地
5	研 修 期 間	2 0 2 5 年 5 月 3 0 日 から 2 0 2 6 年 2 月 2 8 日まで		
6	募 集 期 間	2 0 2 5 年 4 月 2 8 日 から 2 0 2 5 年 5 月 9 日まで		
7	定 員	5 名程度 （実地研修のみ受講の方は応相談） ※ 対象者数及び対象行為数については、研修期間内に修得できる範囲 に制限させていただくことがあります。		
8	受 講 料	1) 講義・演習 8 0 0 円（テキスト代は含みません） ※ 研修テキストは、各自で事前に購入してください。 2) 実地研修 対象者1名につき1 2 0 0 円 ※ 就業先（実地研修委託契約を締結した事業所に限る）の看護師が指 導評価する場合は0円です。		
9	受講申込方法	必要書類を募集期間内に郵送してください。 1) 必要書類【①②】 ① 喀痰吸引等第三号研修 受講申込書【様式1】 ② 実地研修に係る確認書【様式2-1】 ※ 就業先事業所の看護師から実地研修を受ける場合は【様式2-2】 ※ 基本研修免除の方（第三号研修修了者）は『喀痰吸引等研修修了 証明書』の写しを添付してください。 2) 郵送先 〒471-0065 豊田市平芝町5丁目13番地 豊田市障がい者総合支援センター 暖 第3号研修担当者 迄 ㊟ 2 0 2 5 年 5 月 9 日必着 ※ 受講の可否については、5月16日までに連絡いたします。		
10	受講申込に 関する連絡先	担 当 者 名	中野 祐	
		電 話 番 号	(0 5 6 5) 3 7 - 1 7 8 1	
		F A X 番 号	(0 5 6 5) 3 7 - 1 7 3 7	
11	その他	受講資格	豊田市内の障がい福祉サービス事業所に従事している方 で、対象者は<u>豊田市内の重症心身障がい児・者</u>。 申し込み多数の場合は、すでに医療的ケアを（実質的違 法性阻却に基づき）実施している方を優先します。	