

豊田市障がい者総合支援センター暖

喀痰吸引等 第三号研修（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	介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の基本研修・実地研修 *対象となる行為は口腔、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、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 6 年 1 1 月 1 3 日 から 2 0 2 7 年 2 月 2 8 日まで		
6	募 集 期 間	2 0 2 6 年 1 0 月 5 日 から 2 0 2 6 年 1 0 月 2 0 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） ※ 講義で使用する研修テキストは、各自で事前に購入してください。（別紙参照） 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	必要書類を持参、郵送、FAXのいずれかの方法で提出してください。 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』または『認定特定行為業務従事者認定証』の写しを添付してください。 2) 提出先 〒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 第三号研修担当者 迄 FAX：0 5 6 5 - 3 7 - 1 7 3 7 ㊟ 2 0 2 6 年 1 0 月 2 0 日 必 着 ※ 受講の可否については、1 0 月 3 0 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	受講資格	1) 対象者が<u>豊田市在住で、喀痰吸引等の医療的ケアが必要な方</u> 2) 対象者の方から同意書の作成や、主治医からの指示書取得に協力が得られる方 3) 勤務先からの推薦がある方 4) 勤務先が登録喀痰吸引等事業者の届け出が済んでいる。もしくは届け出を検討している方 * 申し込み多数の場合は、豊田市内に所在する障がい者総合支援法に基づく障がい福祉サービス事業所に勤務している方を優先します。
12	その他	2026 年度は 6 月、8 月、11 月の 3 回基本研修を実施する予定です。 実地研修のみの受講に関しては、必ず申し込みの前に電話にてお問い合わせください。