令和５年９月１日

　各障害福祉サービス事業所　管理者　様

岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課長

令和６年度重度障がい児者に対する喀痰吸引等特定行為実施人材

育成研修の受講希望に関するアンケート調査について（依頼）

平素は本県の障がい児者医療行政の推進にご協力いただき、ありがとうございます。

標記研修は、喀痰吸引等研修（第３号・特定の者）の基本研修の受講料無料化により、喀痰吸引等を要する重度障がい児者に対応できる介護職員等の養成促進を目的として平成２７年度から実施しており、来年度もこうした無料研修を実施する方向で検討したいと考えております。

つきましては、来年度の実施について参考とさせていただきたく、裏面のアンケートにご協力いただきますようお願いいたします。

なお、来年度の開催回数、受講定員等につきましては、研修継続が確定した後、改めてご案内させていただきます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課  障がい児者医療推進係 | | | |
| 係　長 | 山脇 | 担　当 | 寺澤 |
| 住所：〒500-8570　岐阜市薮田南2-1-1  TEL：058-272-8279　FAX：058-278-2871  E-mail：terazawa-kota@pref.gifu.lg.jp | | | |

**令和６年度**重度障がい児者に対する喀痰吸引等特定行為

実施人材育成研修受講希望に関するアンケート調査

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者  連絡先 | （住所）〒　　　－ |
| TEL　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ |
| メールアドレス（今後のご連絡等を電子メールでお送りしたいと思いますので、メールアドレスの記入をお願いします） |
|  |

1. **令和６年度の受講希望者数を教えてください。**

（令和５年度の申込者は含めないでください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　人

**②実施希望場所を教えてください。**

・岐阜圏域内　・西濃圏域内　・中濃圏域内　・東濃圏域内　・飛騨圏域内

（市町村名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**③実施希望時期をお選びください。**

・４～５月　・６～７月　・８～９月　・１０～１１月　・１２～１月

・２～３月

**④その他、要望等がありましたら、記入をお願いします。**

**ご協力ありがとうございました。**

【提出先】

ＦＡＸ：058-278-2871 　　　メール：[terazawa-kota@pref.gifu.lg.jp](mailto:terazawa-kota@pref.gifu.lg.jp)

郵　送：〒５００－８５７０

岐阜市薮田南２－１－１　岐阜県医療福祉連携推進課障がい児者医療推進係　寺澤　宛