

奈良県福祉医療部長寿・福祉人材確保対策課長 殿

年度喀痰吸引等研修（医療的ケア）実地研修修了報告書

住所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名
(法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)

印

以下の者の実地研修が修了したので、関係書類を添付して報告します。

ふりがな 氏名		
生年月日	昭和・平成	年 月 日
実地研修の区分（実施したものに「○」をしてください。）		
チェック欄	内 容	評価日
	口腔内のたんの吸引	
	※ 口腔内のたんの吸引（人工呼吸器装着者）	
	鼻腔内のたんの吸引	
	※ 鼻腔内のたんの吸引（人工呼吸器装着者）	
	気管カニューレ内部のたんの吸引	
	※ 気管カニューレ内部のたんの吸引 （人工呼吸器装着者）	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	経鼻経管栄養	

(注意) 評価日が複数にまたがる場合は、最終の評価日を記入してください。

修了証の送付先	法人名	
	事業所名	
	所在地	〒
	連絡先	TEL : FAX :
保有する資格 (該当するものに○)	1. 介護福祉士 2. 介護福祉士実務者研修修了 3. 介護職員初任者研修修了（基礎研修修了、1級課程修了、2級課程修了 含）	
指導看護師等氏名		

(添付書類)

- 1 実地研修実施要件確認シート
- 2 指導者評価票