

令和 年 月 日

公益財団法人介護労働安定センター 広島支部

支部長 三牧 逸郎 様

住 所 _____

法人名 _____

施設・事業所名 _____

代表者名 _____ 印

喀痰吸引等研修（第二号研修）実地研修修了報告書

公益財団法人介護労働安定センター広島支部で実施する喀痰吸引等研修（第二号研修）の実地研修において、下記の課程を修了しましたので〔様式 8-8 号〕実地研修実施結果一覧表及び〔様式 8-7 号〕実地研修評価票を添付の上、報告します。

記

1 受講番号	
2 受講者名	
3 指導看護師名	
4 実地研修施設・事業所名	
5 実地研修期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
6 研修区分	喀痰吸引等研修 第二号研修
7 修了特定行為 ☑を記入	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形の栄養剤） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 以上 <input type="checkbox"/> 行為

※添付書類

- ・〔様式 8-8 号〕実地研修実施結果一覧表
- ・〔様式 8-7 号〕実地研修評価票