

年 月 日

公益財団法人介護労働安定センター 石川支部
支部長 津田 泰史 様

住 所 _____

法人名 _____

施設・事業所名 _____

代表者名 _____ 印

実地研修終了報告書

公益財団法人介護労働安定センター石川支部で実施する喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の実地研修において、下記の課程を修了しましたので実地研修実施結果一覧表及び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	
2 指 導 講 師 氏 名	
3 実地研修施設・事業所名	
4 実 地 研 修 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
5 研 修 区 分	第一号研修 / 第二号研修

※添付書類

- ・ 実地研修実施結果一覧表
- ・ 実地研修評価票

年 月 日

喀痰吸引等研修(第一号研修及び第二号研修) 実地研修実施結果一覧表

- 1 受講番号
2 受講者名
3 指導看護師名

印

区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	成功回数	成功率	最後の3回	修了認定
口腔内の吸引																																		
鼻腔内の吸引																																		
気管カニューレ内部の吸引																																		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養																																		
経鼻経管栄養																																		

※ 上記表には、「実地研修評価票」の全ての項目について実地研修指導講師の評価結果が「手順どおりに実施できている（評価判定基準「ア」）」と認められた場合に「○」印を記入し、評価判定基準「イ」「ウ」「エ」の場合は「×」を記入します。

※ 回数が不足する場合は、適宜追加してください。

【修了判定基準】

- 要項で定める回数以上の実地研修を実施し、下記(a),(b)のいずれも満たす場合
- (a) 累積成功率が70%以上であること
- (b) 最終3回のケアの実施において不成功が1回もないこと（連続3回成功）