

(様式①)

**介護職員等によるたんの吸引等研修事業（第三号研修）**  
**実地研修実施日記入票**

実地研修実施日	令和          年          月          日
受講者氏名	
受講者所属	
実地研修指導講師氏名	
実地研修指導講師所属	
実地研修指導者資格	
利用者氏名	
実地研修する行為 (利用者様に必要な 行為) ○をつけてください	1 口腔内喀痰吸引 2 鼻腔内喀痰吸引 3 気管カニューレ内部喀痰吸引 4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 5 経鼻経管栄養
研修実施場所：	(記入例) 徳島市〇〇町×丁目× 利用者〇〇〇〇様宅
緊急連絡先 (受講者の勤務先等)	

**注意事項**

- ・提出後、研修実施日等が変更になった場合は、速やかにご連絡ください。