

平成28年度 介護職員に対する喀痰吸引等研修

第3号(特定の者対象)研修 第1回 全課程

【基本研修(講義・演習)、知識獲得確認テスト、実地研修】

実地研修 修了報告書

法人名		施設・事業所名	
代表者名			
施設・事業所住所	〒 .		
報告担当者名		電話 :	Fax :

受講生利用者が多い場合は用紙をコピーして(/)と枚数を記して下さい 全体報告書(/)

受講生氏名 (生年月日)西暦		1			2			3			
		(年 月 日)			(年 月 日)			(年 月 日)			
利用者氏名											
		該当	回数	評価	該当	回数	評価	該当	回数	評価	
喀痰吸引	A 口腔内										
	B 鼻腔内										
	C 気管カニューレ内部										
経管栄養	D 胃ろう・腸ろう										
	E 経鼻経管栄養										
指導講師 (看護師等)		修了年月日 合 否	合 否			合 否			合 否		
		実地研修 会場									
		氏 名	印			印			印		
		所 属									
修了証		発行番号									
		交付年月日									
		医行為									

指導講師(看護師等)による評価票の添付。

医師の研修指示書の写し 及び 利用者さんの同意書の写しを添付してください。