

平成 年 月 日

記入例

鳥取県知事 平 井 伸 治 様

実地研修をされる方の
所属先法人名をご記入
ください。

住 所 _____

法人名 _____

代表者職氏名 _____ 印

担当者氏名 _____

電話番号 _____

実 地 研 修 実 施 報 告 書

平成27年度介護職員等の喀痰吸引等研修（実地研修）を実施したので、以下の
とおり報告します。

記

実地研修先事業所

事業所名	実地研修実施人数

注：添付資料

- 各実地研修指導者評価票（原本）
- 利用者への説明書兼同意書（写）
- 医師の実地研修実施承認書（写）
- 指導看護師の要件を満たすことを証する書類（写）
 - ・指導看護師等の喀痰吸引等指導者講習受講証明書
 - ・厚生労働省が実施した医療的ケア教員講習会の修了証明書

(別紙内訳)

事業所			
フリガナ			
事業所名			
事業所所在地	(郵便番号 -)		
電話番号			
事業所の代表者名			
指導看護師氏名			
実地研修期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
実地研修者氏名			
1	氏名	〇〇 〇〇〇	実施内容 (全部・一部) 可否 (合格・不合格)
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	実地研修	10回うち合格 10回
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	23回うち合格 20回
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	実地研修	回うち合格 回
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	実地研修	回うち合格 回
2	氏名	×× ××	実施内容 (全部・一部) 可否 (合格・不合格)
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	実地研修	12回うち合格 10回
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	20回うち合格 18回
	<input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	23回うち合格 20回
	<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	実地研修	21回うち合格 20回
	<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	実地研修	20回うち合格 20回
3	氏名		実施内容 (全部・一部) 可否 (合格・不合格)
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
4	・研修を行った行為について□欄にチェックを入れ、 実施した研修回数及び合格した回数を記載してください。 (実地研修評価票に基づいて記載してください)		
5	・各行為の実地研修回数及び合格回数については、 「喀痰吸引研修 (第一号研修及び第二号研修) の実地研修について」を ご参照ください。		
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	実地研修	回うち合格 回
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	実地研修	回うち合格 回

※ 不足する場合は複写等で追加をしてください。