

記入例

平成 年 月 日

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 計 画 書

平成28年度介護職員等の喀痰吸引等研修（実地研修）を実施したいので、以下のとおり申請します。

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

- 実地研修に当たっての誓約書
- 喀痰吸引等研修（実地研修）受入承諾書
（実地研修を同一法人外の施設・事業所で実施する場合のみ）
- 実務者研修修了証書（写）
（修了者の方のみ）
- 介護福祉士養成施設での基本研修修了証明書（写）
（修了者の方のみ）

(別紙内訳)

実地研修先事業所		
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		
実地研修可能人数		
自法人予定人数	他法人から受入れ	その他受入れ可能人数
※ その他受入れ可能人数については、事業所の住所及び受入可能人数により実地研修の委託契約を行う場合があります。		
実地研修者		
氏名・生年月日	実施内容	研修を行う行為
〇〇 〇〇〇	全部・一部	☒ 口腔内の喀痰吸引
S・H 〇.〇.〇〇		☐ 鼻腔内の喀痰吸引
×	全部・一部	☒ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
S・H ×.×.××		☐ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
		☐ 経鼻経管栄養
		☒ 口腔内の喀痰吸引
		☒ 鼻腔内の喀痰吸引
		☒ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
		☒ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
		☒ 経鼻経管栄養
		☐ 口腔内の喀痰吸引
S・H	・研修を行う行為について、 〇欄にチェックを入れてください。 ・研修を行う行為が5行為の場合は「全部」に、 1～4行為の場合は「一部」に○をつけてください。	
S・H		
指導看護師氏名		
実地研修期間 平成 年 月 日から平成28年3月20日まで		

※ 不足する場合は複写等で追加をしてください。