

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が  
所属する法人について  
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29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
  - ・法人等が実施した医療的ケア教員講習会の修了証明書及び指導看護師の履歴書

(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)	合否 (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)	合否 (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)	合否 (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。