

(参考様式2)

## 実地研修実施承認書

所属名 \_\_\_\_\_

指導看護師等氏名 \_\_\_\_\_ 様

鳥取県が主催する「令和 年度介護職員等の喀痰吸引等研修」において、必要なケアをより安全に提供し、適切に喀痰吸引等を行うことができる介護職員等を養成するため、本人に同意を得た上で、指導看護師等の指導の下で下記のとおり研修を実施することを承認します。

1 対象者名

2 実地研修を受ける介護職員等

- ・氏名 (所属名 )
- ・氏名 (所属名 )
- ・氏名 (所属名 )

3 実地研修で実施する行為

(喀痰吸引)

- 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

(経管栄養)

- 胃ろうによる経管栄養
- 腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

4 指示事項等

年 月 日

勤務先名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印