

年 月 日

鳥取県知事 平 井 伸 治 様

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

令和 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 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
実地研修者氏名			
1	氏 名	実施内容 (全部・一部)	可否 (合格・不合格)
	☐ 口腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 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
	☐ 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)
	☐ 口腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 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
	☐ 経鼻経管栄養	実地研修	回うち合格 回
3	氏 名	実施内容 (全部・一部)	可否 (合格・不合格)
	☐ 口腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 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
	☐ 経鼻経管栄養	実地研修	回うち合格 回
4	氏 名	実施内容 (全部・一部)	可否 (合格・不合格)
	☐ 口腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 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
	☐ 経鼻経管栄養	実地研修	回うち合格 回
5	氏 名	実施内容 (全部・一部)	可否 (合格・不合格)
	☐ 口腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 鼻腔内の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	実地研修	回うち合格 回
	☐ 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
	☐ 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。