

記入例

年 月 日

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 計 画 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 ☐ 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
S・H 〇.〇.〇〇		
×× ××	全部・一部	☒ 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
S・H ×.×.××		
		☐ 口腔内の喀痰吸引
S・H	・研修を行う行為について、 ☐ 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 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		

※ 不足する場合は複写等で追加をしてください。