様式１－１

平成　　年　　月　　日

奈良県健康福祉部長寿社会課長　殿

平成　　年度喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）
実地研修修了報告書

住所
（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名
（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

㊞

以下の者の実地研修が修了したので、関係書類を添付して報告します。

ふりがな 氏名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

実地研修の区分（実施したものに「○」をしてください。）

チェック欄	内容	評価日
	口腔内のたんの吸引	
	鼻腔内のたんの吸引	
	気管カニューレ内部のたんの吸引	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	経鼻経管栄養	

（注意）評価日が複数にまたがる場合は、最終の評価日を記入してください。

※以下については、受講申込み時より変更があった場合に記入してください。

現在の勤務先	所在地	〒
	施設等の名称	
	施設等の種別	
	連絡先	TEL：　　FAX：
保有する資格 （該当するものに○）		１．介護福祉士 ２．介護福祉士実務者研修修了 ３．介護職員初任者研修修了（基礎研修修了、１級課程修了、２級課程修了　含）
指導看護師等氏名		

（添付書類）
１　実地研修実施要件確認シート
２　指導者評価票