**「実地研修実施に関する各種書類の取り扱い」**

受講生の演習が終了すると各施設での実地研修の開始となります。

初めて実地研修を実施する施設においては、その体制の整備も必要とされております。

説明書に基づいて、各々漏れのないようご確認下さい。

No－1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **書類の名称等** | | **書式**  **ナンバー** | **提出時期** | **備考**  **その他** |
| 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13 | 実地研修実施に関する各種書類の取り扱い  【実地研修実施委託書】  【喀痰吸引等研修実地研修に関する計画書】（事前提出用）  【喀痰吸引等研修実地研修に関する説明書】  【喀痰吸引等研修実地研修に係る同意書】  【喀痰吸引等業務（実地研修）指示書】　（記載例）あり（2枚組）  【喀痰吸引等業務（実地研修）計画書】（施設内用）記載例あり  【喀痰吸引等研修実地研修ヒアリハット・アクシデント報告書】（2枚組）  【喀痰吸引等業務（実地研修）実施状況報告書】  【喀痰吸引等研修実地研修実施報告書】  【喀痰吸引等研修実地研修実施評価・結果報告書】  【喀痰吸引等研修実地研修受託結果報告書】  【痰の吸引指導者評価票・経管栄養指導者評価票】 | （2枚）  書式－1  書式－2  書式－3  書式－4  書式－5  書式－6  書式－7  書式－8  書式－9  書式－10  書式－11  別紙 | 都度  指示医へ提出 | 説明書  各施設宛て  期日厳守  整い次第  整い次第  整い次第  整い次第  事例時記載  終了後  終了後  終了後  終了後  終了後 |
|  | 【お願い事項】   1. 必要書類の提出期日指定のものは、期限厳守にてお送り下さい。 2. 送付していただく物は原本です。コピーを取り、控えは施設で保管して下さい。 3. 施設ごとの必要枚数はコピーにてお願いします。 | | | |

＜実施委託書＞実地研修　書式－1

　【実地研修実施委託書】

法人名：

施設名：

管理者：　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録研修機関　（神奈川県1410011）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人親善福祉協会　恒春ノ郷

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　　日森　昭子

年度　　喀痰吸引等研修における実地研修の実施にあたり、貴施設（事業所）に実地研修を委託致します。

尚、実地研修の実施に際しては、次の事項を遵守して下さい。

1. 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一及び第二号研修の修得程度の審査方法に基づき、適正且つ公正に実施すること。
2. 実地研修実施施設に係る報告書の各項目を適切に実施すること。
3. 実地研修終了後は、速やかに評価結果を報告すること。

尚、実地研修開始は、基本研修の演習終了後にして下さい。

実地研修は概ね3ヶ月間を掛け、　　　年　　月　　日頃までの期間とします。

月　　日には一旦終了時書類の提出は締め切らせて頂き、神奈川県へ報告をしますので、この期限までに終了出来ない施設はご連絡下さい。

年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜計画書（事前提出用）＞実地研修　書式－2

【喀痰吸引等研修実地研修計画書】　（事前提出用）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修受講生 | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：男　女  保有資格：　　　　　　　　　　　介護職歴： |
| 実地研修  実施施設 | 所在地：  法人名：  事業所名： |
| 実地研修施設の種別 | ・特養・老健・GH・有料・ホームヘルパー事業所  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修種別  （実施研修にレ点） | * ①第一号研修 * ②第二号研修 |
| 実地研修指導講師 | 氏名：　　　　　　　　　　　　免許：  指導看護師研修修了：あり（修了年月：　　　　年　　　月） |
| 実地研修の内容  （該当箇所にレ点）  実地研修協力者の人数 | 実地研修の内容　　　　　　　　　　　　　　協力者数  □①口腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　　名  □②鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　　名  □③気管カニューレ内部の喀痰吸引　　　　　　　名  □④胃瘻または腸瘻による経管栄養　　　　　　　名  □⑤経鼻経管栄養　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 実施の方法   1. ～⑤の研修をどの様に実施するか、頻度等も含め記載） |  |
| 実地研修実施予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜計画書（事前提出用）＞実地研修　書式－2

【喀痰吸引等研修実地研修計画書】　（事前提出用）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修受講生 | ふりがな  氏　名　　　○○　○○　　　　性別：●男　　　女  保有資格：　介護福祉士　　介護職歴：13年　9ヶ月 |
| 実地研修  実施施設 | 所在地：　　　〒245-0006　横浜市泉区西が岡1-30-1  法人名：　　　　社会福祉法人　親善福祉協会  事業所名：　　　特別養護老人ホーム　　恒春ノ郷 |
| 実地研修施設の種別 | ・●特養　　・老健・GH・有料・ホームヘルパー事業所  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修種別  （実施研修にレ点） | □①第一号研修  ■②第二号研修 |
| 実地研修指導講師 | 氏名：　○　○　○　○　　　免許：○○○○○○  指導看護師研修修了：あり（修了年月：平成　28年　10月） |
| 実地研修の内容  （該当箇所にレ点）  実地研修協力者の人数 | 実地研修の内容　　　　　　　　　　　　　　協力者数  ■①口腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　１５名  ■②鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　１５名  □③気管カニューレ内部の喀痰吸引　　　　　　　名  ■④胃瘻または腸瘻による経管栄養　　　　　　６名  □⑤経鼻経管栄養　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 実施の方法   1. ～⑤の研修をどの様に実施するか、頻度等も含め記載） | ①・②に関しては研修予定日（8時間）に対象者の状況を　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふまえ食事前後・あるいは必要時に指導看護師とマンツーマンで  実施。最低１～3名／日　実施予定。  ④に関して朝もしくは夕／日　PEG対象者の実践（6事例／日）  を指導看護師とマンツーマンで実施予定  上記の内容を期間内実践する。　尚、最低①5事例　②、④は  10事例終了までは同一の指導者が指導にあたる。その状況を  評価したうえで、他指導者も指導対応としていく予定 |
| 実地研修実施予定期間 | 平成30年　6月18日　～　平成30年　9月　5日 |

平成30年度前期　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜説明書＞実地研修　書式－3

【喀痰吸引等研修実地研修に関する説明書】

平成24年4月より、「社会福祉士・介護福祉士法」の一部改正によって、「一定の研修を受けた介護職員において」は、医療と看護との連携により、安全の確認が十分に図られていることを前提として、「一定の条件のもと」では「喀痰の吸引」と「経管栄養」の行為が実施できるようになりました。

この一定の研修とは、「基本研修（講義50時間と演習）と「実地研修」により構成されております。

基本研修・演習の習得が確認（知識確認テストにより）された者が実地研修を行うこととされております。その研修生は各自の所属（勤務）する施設の対象となるご利用者様において、喀痰吸引等の実地研修を行います。

研修の実施においては、嘱託医等による喀痰吸引等の行為の必要性の判断と指示書に従って、施設に勤務する「実地研修指導看護師」の指導のもとに行います。

　研修をさせていただきますご利用者様とご家族様のご理解とご協力を宜しくお願い致します。

　実施する項目は次の通りとなります。

　□　口腔内の痰の吸引

　□　鼻腔内の痰の吸引

　□　気管カニューレ内部の痰の吸引

　□　胃瘻または腸瘻による経管栄養

　□　経鼻経管栄養

上記の通り説明致しました。

　　　年　　　月　　　日

ご利用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　様

ご家族（代理人）氏名：　　　　　　　　　　　　様

施設名：

説明者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印（職位：　　　　　　　）

施設長（管理者）名：　　　　　　　　　　　　　　印

＜同意書＞実地研修　書式－4

【喀痰吸引等研修実地研修に係る同意書】

私は、現在利用中の施設（事業所）において、「介護職員等による喀痰吸引等研修」の実地研修について、施設の責任者（管理者）より説明を受けました。

その目的や内容について、また研修の意義等についても理解しました。

配置医師（または嘱託医師または主治医）の指示を受け、実地研修指導看護師の十分な指導の下、研修中の介護職員が当該行為について実習をすることについて同意をします。

　実施研修の内容は

　□　口腔内の痰の吸引 　　　　　　　□　胃瘻からの経管栄養

　□　鼻腔内の痰の吸引　　　　　　　　□　腸瘻からの経管栄養

　□　気管カニューレ内部の痰の吸引　　 □　経鼻による経管栄養

　　　年　　　月　　　日

ご利用者氏名：

ご家族（代理人）氏名：　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　）

施設名：

施設長（管理者）名：　　　　　　　　　　　　　　印

年度

喀痰研修機関（神奈川県　1410011）

社会福祉法人　親善福祉協会　恒春ノ郷

代　表　　日森　昭子

＜喀痰吸引等業務（実地研修）指示書＞　書式-5（1）

介護職員等喀痰吸引研修実施指示書

介護職員等が法律に則り医療行為の一部である喀痰吸引等を行えるようになるために、下記の対象者の協力を得て行われる実地研修を行って下さい。尚、対象者と医療行為内容は次の通りとします。

対象者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

生年月日　　□T　□S　□H　　　　　　年　　　　月　　　　日

実地研修項目

|  |  |
| --- | --- |
| 注意事項・特記事項 | |
| * 口腔内吸引 * 鼻腔内吸引 * 気管カニューレ内吸引 * 経鼻経管栄養 * 胃瘻栄養 * 腸瘻栄養 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日

医療機関名

住所

電話（Fax）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

研修機関名

指導看護師等　殿

＜喀痰吸引等業務（実地研修）指示書＞　書式-5（2）

**介護職員等喀痰吸引指示書**

標記の件について、下記の通り指示いたします　　　　　注）指示期間は最短３ヶ月、最長６ヶ月

指示期間（　　　　年　　　月　　　　日～　　　年　　　　月　　　　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主たる事業者 | | | | 事業者種別※1 | | | | |  | | | | | |
| 事業者名称 | | | | |  | | | | | |
| 対象者 | 氏　名 | | |  | | | | | | □M□T□S□H　　年　　月　　日（　　）歳 | | | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | | 電話 | | | |
| 要介護認定区分 | | | 要支援（□1　□2）　要介護（□1　□2　□3　□4　□5） | | | | | | | | | | |
| 障害者程度区分 | | | □区分1　　□区分2　　□区分3　　□区分4　　□区分5　　□区分6 | | | | | | | | | | |
| 主たる疾患（障害） | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 実施行為種別 | | | | 吸引 | | | □口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内 | | | | | | 特記 |  |
| 経管栄養 | | | □胃瘻　□腸瘻　□経鼻 | | | | | | 特記 |  |
| 指示内容 | | 具体的な提供内容 | | | | | | | | | | | | |
| 【喀痰吸引】　吸引圧　　　　　　　　　　Kpa  吸引時期　　　□適宜　　□定時  注意事項 | | | | | | | | | | | | |
| 【経管栄養】注入栄養物  　　　　　　提供時間  　1回提供書　　　　　　　　　ml  　　　　　　注意事項 | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員に対するほかの留意事項 | | | | | |  | | | | | | |
| 連携する看護師に対する留意事項 | | | | | |  | | | | | | |
| 使用医療機器等 | | * 経鼻胃管 | | | メーカー | | |  | | サイズ |  | | | |
| * 経鼻十二指腸管 | | | メーカー | | |  | | サイズ |  | | | |
| * 胃瘻・腸瘻 | | | メーカー | | | □チューブ型　□ボタン型　　　mm/Fr cm  　□バルーン固定　　　　　　　ml | | | | | | |
| * 吸引器 | | | メーカー | | |  | | 機器名称 |  | | | |
| * 人工呼吸器 | | | メーカー | | |  | | 機器名称 |  | | | |
| * 気管カニューレ | | | メーカー | | |  | | サイズ　外径　　　　mm　長さ　 　 mm | | | | |
| * その他 | | | |  | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応法 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

　　　　　※1、介護保険法、障害者総合支援法、学校教育法等による事業の種別を記載する

　　　　　対象者が利用する他の事業者あるいは連携する訪問看護ステーションへの文書のコピーを許可します。

　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

住所

電話（FAX）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　印

登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長　　　殿

＜計画書＞実地研修　書式－6

【喀痰吸引等業務（実地研修）計画書】施設内用

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成者氏名 | | |  | | 作成日 | |  |
| 承認者氏名① | | |  | | 承認日 | |  |
| 承認者氏名② | | |  | | 承認日 | |  |
|  | | | | | | | |
| 基本情報 | 対象者 | 氏名 | |  | | 生年月日 |  |
| 要介護認定状況 | | 要支援（　１　２　）　　要介護（　１　２　３　４　５　） | | | |
| 障害程度区分 | | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ | | | |
| 障害名 | |  | | | |
| 住所 | |  | | | |
| 事業所 | 事業所名称 | |  | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | |
| 管理責任者氏名 | |  | | | |
| 担当看護職員氏名 | | |  | | | |
| 担当医師氏名 | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
| 業務実施計画 | 計画期間 | | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | |
| 目標 | | |  | | | |
| 実施行為 | | | 実施頻度/留意点 | | | |
| 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 | | |  | | | |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | |  | | | |
| 経鼻経管栄養 | | |  | | | |
| 結果報告予定年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |

年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜ヒヤリ・アクシデント報告書＞実地研修　書式－7（1）

【喀痰吸引等研修実地研修ヒヤリハット・アクシデント報告書】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告者状況 | 事業所名称 |  |
| 介護職員氏名 |  |
| 管理責任者氏名 |  |
| 被報告者状況 | 事業所名称 |  |
| 連携看護職員氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発生日時 | 年　　月　　日（　　曜日）　　　　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | |
| 発生場所 |  | | | | |
| □ ベッド上　　□ 車椅子　　□ その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対象者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | | | 年齢： | |
| 当日の状況 | | | | |
|  | | | | | |
| 出来事の情報（１連の行為につき１枚） | | | | | |
| 行為の種類 | 【喀痰吸引】  ①人工呼吸器の装着の有無　 □なし 　□ あり  ②部位　 （ □ 口腔　　　　　　　　□ 鼻腔　　　　　　□ 気管カニューレ内　）  【経管栄養】（　□ 胃ろう　　　　　　　□ 腸ろう 　　　　 □ 経鼻経管　） | | | | |
| 第１発見者  （○は１つ） | □記入者自身  □記入者以外の介護職員  □連携看護職員  □連携看護職員以外の看護職員 | | □医師  □介護支援専門員 | | □家族や訪問者  □その他  （　　　　　　　　　） |
| 出来事の発生状況 | ※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。 | | | | |
|  | | | | |
| 医師  への報告 | □なし　□あり | | | | |
| 連携看護職員  への報告 | □なし　□あり | | | | |
| 出来事への対応 | ※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。 | | | | |
|  | | | | |
| 救急救命処置の  実施 | □なし  □あり（具体的な処置：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 出来事が発生した背景・要因 | ※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。 | | | | |
|  | | | | |
| （当てはまる要因を全て） | **【人的要因】**  □判断誤り　□知識誤り　□確認不十分　□観察不十分　□知識不足　□未熟な技術  □技術間違い　□寝不足　□体調不良　□慌てていた　□緊張していた  □思いこみ　　□忘れた　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **【環境要因】**  □不十分な照明　□業務の中断　□緊急時　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **【管理・システム的要因】**  □連携（コミュニケーション）の不備　□医療材料・医療機器の不具合　□多忙  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 出来事の  影響度分類  （レベル０～５のうち一つ） | □　０ | エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった | | | |
| □　１ | 対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） | | | |
| □　２ | 処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） | | | |
| □　３ａ | 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） | | | |
| □　３ｂ | 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） | | | |
| □　４ａ | 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない | | | |
| □　４ｂ | 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う | | | |
| □　５ | レベル４ｂをこえる影響を与えた | | | |

介護職員　報告書記入日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医師・連携看護職員の助言等 | ①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について |
| ②介護職員へ行った助言・指導内容等について |
| ③その他（今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など） |

医師・連携看護職員　報告書記入日　　　　年　　　月　　　日

年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜実地状況報告書＞実地研修　書式－8

【喀痰吸引等業務（実地研修）実施状況報告書】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | |  |
| 要介護認定状況 | 要支援（　１　２　）　　要介護（　１　２　３　４　５　） | | | |
| 障害程度区分 | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ | | | |
| 住所 |  | | | |
| 事業所 | 事業所名称 |  | | | |
| 担当者氏名 |  | | | |
| 管理責任者氏名 |  | | | |
| 担当看護職員氏名 | |  | | | |
|  |  | | | | | |
| 業務実施結果 | 実施期間 | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | |
| 実施日 | | （喀痰吸引） | | （経管栄養） | |
|  | |  | |
| 実施行為 | | 実施結果 | | | 特記すべき事項 |
| 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 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  | | |  |
| 経鼻経管栄養 |  | | |  |

上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名

　　　　（医師）　　　　　　　　　　　　殿

　　年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜実施報告書＞実地研修　書式－9

【喀痰吸引等研修実地研修実施報告書】

|  |  |
| --- | --- |
| 研修受講者 | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：男　女  保有資格：　　　　　　　　　　　介護職歴：　　　年　　ヶ月 |
| 実地研修  実施施設 | 所在地：〒  法人名：  事業所名：  TEL番号：　　　　　　　　　　　FAX番号： |
| 実地研修施設の種別 | ・特養・老健・GH・有料・ホームヘルパー事業所  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修種別  （実施研修にレ点） | * ①第一号研修 * ②第二号研修 |
| 実地研修  指導講師 | 氏名：　　　　　　　　　　　　免許：  指導看護師研修修了：あり（修了年月：　　　　年　　　月） |
| 実地研修の内容  （該当箇所にレ点）  実地研修協力者の人数 | 実地研修の内容　　　　　　　　　　　　　　協力者数  □①口腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　　名  □②鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　　　　　　　名  □③気管カニューレ内部の喀痰吸引　　　　　　　名  □④胃瘻または腸瘻による経管栄養　　　　　　　名  □⑤経鼻経管栄養　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 実施の方法   1. ～⑤の研修をどの様に実施したか、頻度等も含め記載） |  |
| 実地研修実施予定期間 | 年　　月　　　日　～　　　　　年　　月　　　日 |

年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜実施評価・結果報告書＞実地研修　書式－10

【喀痰吸引等研修実地研修実施評価・結果報告書】

＜実施施設名＞

＜研修実施介護者名＞

＜評価・結果＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 通常手順・回数 | 実施回数 | 成功回数 | 成功率 | 最終3回の状況 |
| 喀痰吸引 | 口腔内通常手順（10回以上） |  |  | ％ | 合　・　否 |
| 鼻腔内通常手順（20回以上） |  |  | ％ | 合　・　否 |
| 気管カニューレ内部吸引（20回以上） |  |  | ％ | 合　・　否 |
| 経管栄養 | 胃瘻又は腸瘻（20回以上） |  |  | ％ | 合　・　否 |
| 経鼻経管栄養（20回以上） |  |  | ％ | 合　・　否 |

喀痰吸引等実地研修の結果を上記の通り報告します

　　　年　　　月　　　　日

実地研修指導看護師　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

登録研修機関（社福）親善福祉協会恒春ノ郷

喀痰吸引等研修実施委員会　委員長殿

年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷

＜受託結果報告書＞実地研修　書式－11

　【喀痰吸引等研修実地研修受託結果報告書】

登録研修機関　（神奈川県1410011）

社会福祉法人親善福祉協会　恒春ノ郷

代　表　　日森　昭子

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（管理者）名　　　　　　　　　　　　　印

喀痰吸引等研修実地研修実施施設として、以下の通り実施しましたので、報告します

添付書類

1、【喀痰吸引等研修実地研修実施報告書】　書式－9

2、【喀痰吸引等研修実地研修評価・結果報告書】　書式－10

3、【実地研修評価結果（痰の吸引・経管栄養・指導者評価票）】

　　年度　　　登録研修機関（社福）親善福祉協会　恒春ノ郷