県障福Ｈ2611特３(1)－５共通

平成　　　年　　　月　　　日現在

第三号（特定の者対象）　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**全課程

　　　　　**実地研修　修了報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 施設・事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 施設・事業所住所 | 〒． |
| 報告責任者名 |  | 電話：　　　　　　　　　Fax: |

全体報告書（　　　／　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名(生年月日)西暦 | １ | ２ | ３ |
| 利用者氏名 |  |  |  |
| 該当 | 回数 | 評価 | 該当 | 回数 | 評価 | 該当 | 回数 | 評価 |
| 喀痰吸引 | Ａ 口腔内 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｂ 鼻腔内 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｃ 気管カニューレ内部 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 経管栄養 | Ｄ 胃ろう・腸ろう |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｅ 経鼻経管栄養 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 修了年月日合　否 | 　　　　　　　　合　否 | 　　　　　　　合　否 | 　　　　　　　合　否 |
| 実地研修会場 |  |  |  |
| 指導講師（看護師等） | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 　　　　　　　　　　印 |
| 所　属 |  |  |  |
| 修了証 | 発行番号 |  |  |  |
| 交付年月日 |  |  |  |
| 医行為 |  |  |  |

* 指導講師（看護師等）による評価票の添付。

ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会