県障全16(　05・06・08・09・11・01　)特－５

平成　　　年　　　月　　　日現在

神奈川県委託　2016年度「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業」

　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**

　　　　**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 | 〒． |
| 報告担当者名 |  | 電話：　　　　　　　　　Fax: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名(生年月日)西暦 | １ | ２ | ３ |
| (　　　年　　　月　　　日) | (　　　　年　　　月　　日) | (　　　年　　　月　　　日) |
| 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 | 　　月　　　日　合　否 | 　　月　　日　合　否 | 月　　日　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 |  |  |  |

※受講生利用者が多い場合は用紙をコピーして(○／○)と枚数を記して下さい　　　全体報告書（　　　／　　　）

* 指導講師（看護師等）による**評価票**の添付。
* 医師の研修指示書の写し　及び　利用者さんの同意書の写しを添付してください。

ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会