

 2025 たんの吸引等研修「認定特定行為業務従事者認定証」基本研修」既得者対象

第 3 号特定研修（実地研修のみ）

実地研修 報告書

全体報告書（ / ）

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：

※ 受講生氏名は、住民票と同じ氏名・生年月日を記入して下さい。

受講生氏名		例 神奈川 夢子	1		2		3		4			
(生年月日)和暦		(S/Ⓡ 29 年 4 月 10 日)	(S/H 年 月 日)		(S/H 年 月 日)		(S/H 年 月 日)		(S/H 年 月 日)			
利用者氏名		川崎 太郎										
		該当	回数	該当	回数	該当	回数	該当	回数	該当	回数	
喀痰吸引	A 口腔内	○	4									
	B 鼻腔内	○	5									
	C 気管カニューレ内部											
経管栄養	D 胃ろう・腸ろう	○	2									
	E 経鼻経管栄養											
指導講師 (看護師等)		修了年月日 合 否	△ 月 □ 日 合格日		合格日		合格日		合格日		合格日	
		実地 研修 場 所	利用者様 ご自宅									
		氏 名	横浜 花子 印		印 (必須)		印 (必須)		印 (必須)		印 (必須)	
		所 属	***看護ステーション									
※事務局記入欄 修了証		発行番号										
		交付年月日										
		医行為										

※指導講師(看護師等)による実地研修評価票（写し）を添付

※医師による「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 登録研修機関：特定非営利活動法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会