

## 実地研修実施計画書

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 殿

所在地

施設（事業所）名

代表者名

印

平成31年度喀痰吸引等研修（第二号研修）において、実地研修を実施するにあたり、下記の通り計画書を提出します。

実地研修先事業所名	
実地研修受講者	
実地研修を行う行為 ※行う行為に☑をしてください	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
指導看護師名 ※複数名いる場合はすべて記載	
実地研修開始予定日	令和 年 月 日
実地研修開始完了予定日	令和 年 月 日