

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
喀痰吸引等研修（第三号研修） 実地研修 完了報告書

社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団 理事長 様

住所 _____

施設（事業所）名 _____

施設（事業所）長名 _____ 公印

次の受講者について、下記の実地研修を実施し修了しましたので報告致します。

記

1. 受講者氏名

--

2. 指導に当たった医師、指導看護師氏名

氏名	職種
	(医師・看護師)
	(医師・看護師)
	(医師・看護師)

3. 実地研修の実施結果

行為の種類	実施回数	連続2回の成功	
口腔内の喀痰吸引	回	回目	回目
鼻腔内の喀痰吸引	回	回目	回目
気管カニューレ内部の喀痰吸引	回	回目	回目
胃ろうからの経管栄養	回	回目	回目
腸ろうからの経管栄養	回	回目	回目
経鼻経管栄養	回	回目	回目

※ 評価票を確認し、全ての項目が連続2回の成功で実地研修が修了となります。

4. 指導者評価票 別添のとおり