

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修
特定(第三号研修)

特定様式14

年 月 日

実地研修報告書

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会長

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）の実地研修を下記のとおり
終了しましたので報告します。

事業所名称 _____

代表者氏名 _____ (印)

TEL _____

指導看護師氏名 _____ (印)

受講者	氏名	受講番号 (T - -)		
	勤務先名称			
実地研修期間	実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	実施日数	日		
	実施時間	時間		
特定の者 利用者/実地研修対象者	ふりがな 氏名	性別	男 ・ 女	年 月 日 () 歳
	生年月日			

実地研修を終了した行為に○印をし、右欄に実施した総回数を記入してください。

口腔内のたん吸引		人工呼吸器 (有 ・ 無)	回		
鼻腔内のたん吸引			回		
気管カニューレ内部のたん吸引			回		
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		滴 下	回	半固形	回
経鼻経管栄養		滴 下	回	半固形	回

添付書類	○印をつけてください。				
	1	評価票の原本（欄外に指導看護師の押印、受講者の署名押印）			
	2	ケア実施記録原本（実施回数分、欄外に指導看護師の押印）			
	3	ヒヤリハット・アクシデント報告書（該当する事実があった時）			
	4	認定特定行為業務従事者認定証交付申請書等			
	5	角2号封筒[120円切手貼付]（判定通知及び修了証書用）			
6	長形3号封筒[84円切手貼付]（訪問看護ステーション通知用）				