

## 記入例

## 実地研修実施届出書

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

会長宛

受講者	所属事業所	特別養護老人ホーム▲▲
	氏名	受講番号 (00—00—00) ○○ ○○
指導 看護師等	所属事業所	特別養護老人ホーム▲▲
	氏名	◇◇ ◇◇
実地研修を実施する 施設・事業所の名称		特別養護老人ホーム▲▲
保険加入期間		保険加入中の方はご記入ください。未加入の方は空欄で結構です。 年 月 日～ 年 月 日迄

## ● 届出内容

- どちらかに☑
- 通常実地…過去に修了を認められた行為がない  
 追加実地…過去に修了を認められた行為がある
- 該当項目に☑
- ①実地研修の開始  
 ②実地研修行為の変更  
 ③実地研修期間の変更

⇒上記②または③に当てはまる場合は下記の変更理由もご記入ください

変更理由

## ● 実地研修予定期間

2025年 4月1日より2025年 9月30日まで

## ● 実施する行為 ※実施する行為全ての項目に☑

- 口腔内のたん吸引       鼻腔内のたん吸引       気管カニューレ内部のたん吸引  
 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養       経鼻経管栄養

法 人 名 社会福祉法人▲▲福祉会施設(事業所)名 特別養護老人ホーム▲▲TEL 018-000-0000施設長(管理者)名 ●● ●●

公印

事業所印

※実地研修を実施する施設・事業所名をご記入ください。