

記入日 2025 年 4 月 1 日

## 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)<br>〇〇 〇〇                         |
| 指導<br>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<br>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。<br>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がない☒ 追加実地・・・過去に修了を認められた行がある

➤ 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。