記入日　　　年　　　月　　　日

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 |  |
| 氏名 | 受講番号（　　　―　　　　―　　　） |
| 指導看護師等 | 所属事業所 |  |
| 氏名 |  |
| 実地研修を実施する施設・事業所の名称 |  |
| 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

　　　　年　　　　月　　　　日より　　　　　年　　　　月　　　　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

施設（事業所）名 TEL

事業所印

施設長（管理者）名

※実地研修を実施する施設・事業所名をご記入ください。