

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 _____

施設長(管理者)名

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。