

記入例

実地研修実施届出書（第三号研修）

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会 長 宛

受講者	所属	〇〇〇〇ヘルパーステーション
	氏名	受講番号 T〇〇-〇-〇〇 秋田 太郎 (㊦連名にせず、1名ずつ記入)
指導 看護師	所属	●●●●訪問看護ステーション
	氏名	なまはげ 花子
利用者	氏名	※※※ ※※※
	生年月日	T ・ S ・ H 〇〇年〇〇月〇〇日 ※〇をしてください。
賠償責任保険 有効期間	保険加入中の方のみ、ご記入ください。 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日	
実地研修場所	利用者宅 ・ 施設	

実地研修行為 ※実施する行為に○をつけてください

口腔内のたん吸引	<input type="radio"/>	人工呼吸器 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無)
鼻腔内のたん吸引	<input type="radio"/>	
気管カニューレ内部のたん吸引	<input type="radio"/>	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 滴下 ・ 半固形
経鼻経管栄養	<input type="radio"/>	滴下 ・ 半固形

〇〇年〇〇月〇〇日より 特定（第三号研修）を開始します。

実地研修期間 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日（予定）

●変更があった場合は下記へ理由を記入し、届け出てください。

受講者及び実地研修協力者の入院等による事由により実地研修が継続できない状態になった場合、こちらの欄へ記入し、県社協へ郵送にて提出してください。

事業所名 _____

社判を
押印してください

代表者名 _____

事業所印

※利用者・受講者名は連名にしないでください。

(1名につき1枚の提出となります。)

実地研修実施届出書（第三号研修）

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会 長 宛

受講者	所属	
	氏名	受講番号
指導 看護師	所属	
	氏名	
利用者	氏名	
	生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日 <small>※○をしてください。</small>
賠償責任保険 有効期間	保険加入中の方のみ、ご記入ください。 年 月 日 ～ 年 月 日	
実地研修場所	利用者宅 ・ 施設	

実地研修行為 ※実施する行為に○をつけてください

口腔内のたん吸引		人工呼吸器 (有 ・ 無)
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		滴 下 ・ 半固形
経鼻経管栄養		滴 下 ・ 半固形

年 月 日より 特定（第三号研修）を開始します。

実地研修期間 年 月 日 ～ 年 月 日（予定）

●変更があった場合は下記へ理由を記入し、届け出てください。

事業所名 _____

代表者名 _____

事業所印

※利用者・受講者名は連名にしないでください。
(1名につき1枚の提出となります。)