

記入日 ○年 ○月 ○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) ○○ ○○
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

令和 8 年 4 月 1日より 令和 8 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

※実地研修を実施する施設・事業所名をご記入ください。