

介護職員などによるたん吸引等実施のための研修

実地研修 実施計画書

年 月 日

大阪府社会福祉協議会
大阪福人材支援センター所長 殿

平成 31 年度 介護職員などによるたん吸引等実施のための研修 実地研修について、下記のとおり計画しましたので、「実地研修 実施機関承諾書」を添えて提出いたします。

施設住所 連絡先	〒		
	TEL	FAX	
名称	法人名 施設名		
代表者	(役職名)	(氏名)	公印
実習担当者 氏名	(役職名)	(氏名)	

実地研修の計画内容記載欄

実地研修 実施機関名	施設名		
実施研修の開始予定日	年 月 日		
実地研修の完了予定日	年 月 日		
実地研修 指導看護師	氏 名		
実地研修 受講者	氏 名		
実地研修の実施予定研修	第 1 号 研修	第 2 号 研修	
実地研修協力者(ご利用者) 人数	口腔内 名	胃ろう・腸ろう 名	
	鼻腔内 名	経鼻経管 名	
	気管カニューレ内 名		

※受講者1名につき1枚使用してください。

※指導看護師が複数の場合、携わる指導看護師全員の氏名