県障福Ｈ2611特３(1)－５共通

平成　　　年　　　月　　　日現在

第三号（特定の者対象）　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**全課程

**実地研修　修了報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | 施設・事業所名 | |  |
| 代表者名 | |  | | | |
| 施設・事業所住所 | | 〒． | | | |
| 報告責任者名 | |  | | 電話：　　　　　　　　　Fax: | |

全体報告書（　　　／　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名  (生年月日)西暦 | | | １ | | | ２ | | | ３ | | |
| 利用者氏名 | | |  | | |  | | |  | | |
| 該当 | 回数 | 評価 | 該当 | 回数 | 評価 | 該当 | 回数 | 評価 |
| 喀痰吸引 | Ａ 口腔内 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｂ 鼻腔内 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｃ 気管カニューレ内部 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 経管栄養 | Ｄ 胃ろう・腸ろう | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｅ 経鼻経管栄養 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | 修了年月日  合　否 | 合　否 | | | 合　否 | | | 合　否 | | |
| 実地研修  会場 |  | | |  | | |  | | |
| 指導講師  （看護師等） | | 氏　名 | 印 | | | 印 | | | 印 | | |
| 所　属 |  | | |  | | |  | | |
| 修了証 | | 発行番号 |  | | |  | | |  | | | |
| 交付年月日 |  | | |  | | |  | | | |
| 医行為 |  | | |  | | |  | | | |

* 指導講師（看護師等）による評価票の添付。

ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会