ＦＣＨ275特３(1)-５全



【基本研修（講義・演習）、知識確認テスト、実地研修】

**実地研修　研修修了報告書**　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日現在　　　　　　／

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: | |

**受講生氏名（氏名・生年月日は、住民票に則って記入して下さい。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名  (生年月日）西暦・（和暦） | | | | **1** | | | **2** | | | **3** | | | **4** | | | **5** | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 利用者氏名 | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 該当 | 回数 | 評価 | 該当 | 回数 | 評価 | 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 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 経管栄養 | D胃ろう・腸ろう | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| E経鼻経管 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 指導講師  看護師等 | | 修了年月日合否 | | 合・否 | | | 合・否 | | | 合・否 | | | 合・否 | | | 合・否 | | | |
| 実地研修会場 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 氏　名 | | 印 | | | 印 | | | 印 | | | 印 | | | 印 | | | |
| 所　属 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 自社職員等 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 他社依頼講師 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 修了証 | | | 修了証番号 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 発行年月日 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 医行為名 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |

※　指導看護師による「評価票」の写しの添付。その他、医師による「研修指示書」、利用者による「同意書」の写しを添付してください。