



実地研修報告書

受講者名	
------	--

※複数利用者がおられる場合はコピーしてください。

対象者名		
実施年月日	年 月 日	～ 年 月 日
実施時間	時 分	～ 時 分
この対象者に対して今回 実地研修を終了した特定 行為の種類 ※特定行為欄に○をしてくだ さい。	☐	口腔内の喀痰吸引(通常手順)
	☐	口腔内の喀痰吸引(非侵襲的人工呼吸器装着状態)
	☐	鼻腔内の喀痰吸引(通常手順)
	☐	鼻腔内の喀痰吸引(非侵襲的人工呼吸器装着状態)
	☐	気管カニューレ内部の喀痰吸引(通常手順)
	☐	気管カニューレ内部の喀痰吸引(侵襲的人工呼吸器装着状態)
	☐	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)
	☐	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)
	☐	経鼻経管栄養

上記の「実地研修」に関して、修了したことを報告いたします。

事業所住所 〒

事業所名

指導看護師名

印

チェック☑ ※ ご 確 認 く だ さ い !! ※

実地研修評価表 A	☐	・現場演習の評価はありますか？ ・開始時間・指導看護師のサインはありますか？ ・2回連続で『ア』の評価が来ていますか？
実地研修報告書 B	☐	・実施年月日、実施時間、特定の行為に記入漏れはありませんか？ ・指導看護師又は法人の印は押印されていますか？
実施機関承諾書 C	☐	・受入開始時期等、記入漏れはありますか？ ・法人印は押印されていますか？

連絡先: 〒558-0011 大阪市住吉区茱田9丁目14-20ヤヨイビル206号

株式会社ベストケア・パートナーズ 介護キャリアアカデミー 吸引等研修係

TEL 06-6147-9567

FAX 06-6606-8731

確認者1	確認者2