

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

令和 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