

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 宛

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