参考様式２

第　　　　　号

実 地 研 修 修 了 証

各事業所で付番した修了証番号を記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）第26条の3第2項第2号に定める喀痰吸引等研修のうち以下の行為を修了したことを証します。

１　実地研修を修了した行為

|  |  |
| --- | --- |
| 行為の種別 | 修了した行為 |
| 口腔内のたんの吸引 | ◯ |
| 鼻腔内のたんの吸引 | ◯ |
| 気管カニューレ内部のたんの吸引 |  |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  |
| 経鼻経管栄養 |  |

２　実地研修実施者

・修了した行為に○

・人工呼吸器装着者への喀痰吸引はその旨も付記

登録喀痰吸引等事業者登録番号：

事業者の名称：

事業者の所在地：

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　名 　　称　　　　　　　△△（法人名）

　　　　　　　　　　　　　代表者　職・氏名　　　理事長　□（理事長名）　印