

平成 年 月 日

一般社団法人 Kukurū 殿

介護職員等による喀痰吸引等研修(特定の者対象)

実地研修修了報告書

事業所名

電話番号

携帯電話

氏名
(指導看護師)

印

以下の者の実地研修が修了したので、関係書類を添付して報告します。

受講者名						
所属事業所						
利用者名 (特定の者)						
実地研修の区分(実施したものに「○」をしてください。)						
チェック欄	内 容	最終 評価日	シミュレ ーション		実施研修	
			回数	日数	回数	日数
<input type="checkbox"/>	口腔内のたんの吸引	/				
<input type="checkbox"/>	口腔内のたんの吸引(非侵襲的人工呼吸器)	/				
<input type="checkbox"/>	鼻腔内のたんの吸引	/				
<input type="checkbox"/>	鼻腔内のたんの吸引(非侵襲的人工呼吸器)	/				
<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部のたんの吸引	/				
<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部のたんの吸引(侵襲的人工呼吸器)	/				
<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下法)	/				
<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形)	/				
<input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養	/				

(添付書類)

- 1 指導者評価票 ①現場演習(シミュレーション)評価票 ②実地研修評価票
- 2 実地研修修了報告書
- 3 進行状況報告書

※以上の書類(原本)を添えて、指導看護師等は実地研修修了後、下記宛先までご郵送ください。

〒901-0155

那覇市金城4-1-1-2階

一般社団法人 Kukurū 宛