

年 月 日

鳥取県知事 平 井 伸 治 様

住 所 _____

法人名 _____

代表者職氏名 _____ 印

担当者氏名 _____

電話番号 _____

実 地 研 修 実 施 計 画 書

平成31年度（2019年度）介護職員等の喀痰吸引等研修（実地研修）を実施したいので、以下のとおり申請します。

記

実地研修先事業所

事業所名	実地研修実施人数

注：添付資料

- 実地研修に当たっての誓約書
- 喀痰吸引等研修（実地研修）受入承諾書
（実地研修を同一法人外の施設・事業所で実施する場合のみ）
- 実務者研修修了証書（写）
（修了者のみ）
- 介護福祉士養成施設での基本研修修了証明書（写）
（修了者のみ）
- 認定特定行為業務従事者認定証（写）
（過去に第2号研修を修了した者）

(別紙内訳)

実地研修先事業所		
フリガナ		
事業所名		
事業所所在地	(郵便番号 -)	
電話番号		
事業所の代表者名		
実地研修可能人数		
自法人予定人数	他法人から受入れ	その他受入れ可能人数
※ その他受入れ可能人数については、事業所の住所及び受入可能人数により実地研修の委託契約を行う場合があります。		
実地研修者		
氏名・生年月日	実施内容	研修を行う行為
S・H . .	全部・一部	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
S・H . .	全部・一部	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
S・H . .	全部・一部	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
S・H . .	全部・一部	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
指導看護師氏名		
実地研修期間	年 月 日から	令和2年3月19日まで

※ 不足する場合は複写等で追加をしてください。