

実地研修修了証明書

フリガナ		
氏 名		
喀痰吸引	種 類	実地研修終了の有無 (修了したものに○をつけること)
	①口腔 (10 回以上)	
	②鼻腔 (20 回以上)	
	③気管カニューレ内部 (20 回以上)	
経管栄養	種 類	実地研修終了の有無 (修了したものに○をつけること)
	①胃ろう又は腸ろう (20 回以上)	
	②経鼻経管栄養 (20 回以上)	

上記の者は、当事業所において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 号に定める医療的ケアに関する実地研修を修了したことを証明します。

年 月 日

(登録喀痰吸引等事業者)

所在地・連絡先 _____

登録番号 _____

事業所・代表者氏名 _____

印 _____