

(様式2)

介護福祉士 実地研修修了者管理簿(年度 回分)

(事業所名 特別養護老人ホーム福岡県庁)

修了証番号	氏名	生年月日	住所	研修開始年月日	研修修了年月日	介護福祉士 資格取得年月日	介護福祉士 登録	実施行為種別
事業所名等、事前に記載できる内容は記載してください。								

- 備考 1 「修了証番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
- 2 「修了課程」には、当該者が修了した研修課程の番号(1~3)を記載してください。
- 1) 喀痰吸引及び経管栄養の全て:省令別表第一号研修(不特定の者対象)
- 2) 喀痰吸引及び経管栄養のうち任意の行為:省令別表第二号研修(不特定の者対象)
- 3) 各喀痰吸引等行為の個別研修:省令別表第三号研修(特定の者対象)
- 3 「修了課程」において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に対象者の氏名を記載してください。
- 4 「実施行為種別」には実地した特定行為の種別を以下から選択し、番号を記載してください。
- ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引
④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養 ⑥人工呼吸器装着者への喀痰吸引