

(様式1)

第 号

実地研修修了証

氏 名

生年月日 《年号》 年 月 日生

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第26条の3第2項第2号に定める実地研修のうち以下の行為を修了したことを証します。

喀痰吸引等の行為	実地研修修了の有無 (修了したものに○をつけること)
口腔内の喀痰吸引	
※口腔内の喀痰吸引（人口呼吸器装着者）	
鼻腔内の喀痰吸引	
※鼻腔口腔内の喀痰吸引（人口呼吸器装着者）	
気管カニューレ内部の喀痰吸引	
※気管カニューレ内部の喀痰吸引（人口呼吸器装着者）	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤）	
経鼻経管栄養	

事業所名等、事前に記載できる内容は記載してください。

《登録喀痰吸引等事業者登録番号》
特別養護老人ホーム福岡県庁

年 月 日

社会福祉法人○○○○
理事長 ○○ ○○

印