

修了行為や登録喀痰吸引等事業者名等、
各事業所で適宜変更してください。

(参考様式)

第 号

実地研修修了証

氏 名

生年月日 《年号》 年 月 日

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。

- 実地研修を修了した行為：
- ・ 口腔内の喀痰吸引
 - ・ 鼻腔内の喀痰吸引
 - ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
 - ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下のみ）
 - ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形のみ）
 - ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形を含む）
 - ・ 経鼻経管栄養

「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」
について半固形の有無の記載をお願いします。（※介護福祉士登録証には記載されないため）

《年号》 年 月 日（発行日）

登録喀痰吸引等事業者番号
登録喀痰吸引等事業者名
登録喀痰吸引等事業者代表者名（印）