

2024 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  
不特定の者対象 (第 1 号・第 2 号研修)  
【 実 地 研 修 実 施 計 画 書 】

年 月 日

社会福祉法人 白寿会  
白寿会研修センター長 殿

2024 年度「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」における実地研修について下記のとおり計画しましたので、「別紙 1：喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書」及び「別紙 2：喀痰吸引等研修 研修講師履歴書及び就任承諾書」を添えて提出いたします。

実地研修 実施機関名	施設名
実施研修の開始予定日 ※基本研修終了以降の日程を記載	年 月 日
実地研修の完了予定日 ※原則基本研修終了後6カ月以内	年 月 日
実地研修 指導看護師 ※ここに記載された指導看護師の方の就任承諾書を提出してください(別紙2)	指導看護師氏名:
実地研修 受講者 ※複数名の実地研修を行う場合は、別に受講生一覧表を作成し添付することで差支えない。	受講者番号: _____ 氏 名:
実地研修の実施予定研修	<input type="checkbox"/> 第1号 研修 <input type="checkbox"/> 第2号 研修 → 実施予定の行為にチェック(必須) <input type="checkbox"/> 口腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

施設住所: \_\_\_\_\_

施設名: \_\_\_\_\_ 公印

連絡先: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

施設長名: \_\_\_\_\_