

実地研修 実施計画書

指導看護師氏名		指導看護師の 所属事業所名		
受講者の 受付番号		受講者氏名		
受講者の 所属事業所名				
利用者氏名				
実地研修内容 <small>※実地研修を受ける 特定行為の番号に○ をしてください。</small>	1	口腔内の喀痰吸引	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	2	鼻腔内の喀痰吸引	5	経鼻経管栄養
	3	気管カニューレ内部の喀痰吸引		

実地研修 実施日時		実地研修内容・回数	
※実施日を記入 4 / 1	10:00	※例えば、実地研修の内容が胃ろうの場合、該当する番号を記入してください。 4	(1 回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)

※この計画書は、1人の受講者が1人の利用者に対する特定行為の実地研修の実施計画書です。

※受講者が複数の利用者を対象に特定行為の実地研修を行なう場合には、利用者ごとに作成してください。