（別紙　3）

実地研修　実施計画書

受講者氏名		受講者番号	
事業所名		利用者氏名	
実地研修内容	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	※ 人工呼吸器の使用　　有・　無	
指導看護師氏名		事業所名	

実施予定日	実施予定時間	実地研修内容（1～５）・回数　※演習は記入不要
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）
／	：	（　　回目）