（別紙８）

第　　　号（研修修了者登録番号）

氏 　 名

 　生年月日 　　年　　月　　日

実地研修修了証明書

　あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）第26条の3第2項第2号に定める喀痰吸引等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 | 行為種別 | 実地研修終了の有無（修了した行為に○をつけること） |
| 1. 口腔内の喀痰吸引
 |  |
| 1. 鼻腔内の喀痰吸引
 |  |
| 1. 管カニューレ内部の喀痰吸引
 |  |
| 1. 胃ろう又腸ろうによる経管栄養
 |  |
| 1. 経鼻経管栄養
 |  |

平成　　　　年　　　　月　　　　日（発行日）

登録喀痰吸引等事業者名（法人名及び事業所名）

登録喀痰吸引等事業者代表者名（施設長名）　　　　　　　　　　　　　　印

※法人登記印又は登録喀痰吸引等事業者印