年　　　月　　　日

特別養護老人ホーム

カルフール・ド・ルポ印南

施設長　辻　　恵美 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和5年度　喀痰吸引等研修　実地研修修了報告書

令和5年度和歌山県喀痰吸引等研修における実地研修を下記のとおり修了しましたので、

関係書類を添えて方向します。

記

1. 研修修了者氏名
2. 指導者氏名
3. 研修の類型　（　第一号研修　・　第二号研修　）
4. 研修実施場所
5. 研修実施期間

令和　　　年　　　月　　　日　 ～　 令和　　　年　　　月　　　日

1. 指導者評価票（実地研修・様式６－２）
2. 実地研修総合評価票（実地研修・様式６－３）
3. ヒヤリハットアクシデント報告書（実地研修・様式８）
4. 喀痰吸引等報告書（実地研修・様式１０）

　※６～９については、書類を添付してください。８については、該当する場合のみ添付してください。