

【実地研修】実績報告書

受講者事業所名： _____

受講者 氏名： _____

利用者 氏名： _____

住所： _____

要介護認定：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

障害支援区分：区分 1 2 3 4 5 6

担当看護師 氏名： _____

回数	手技 実施日	喀痰吸引 (口腔内)	喀痰吸引 (鼻腔内)	喀痰吸引 (気管カニ ューレ内部)	経管栄養 (胃ろう) (腸ろう)	経管栄養 (経鼻)
		※↓実施した手技に○を付けてください。				
例	4 / 1		○			○
1回目	/					
2回目	/					
3回目	/					
4回目	/					
5回目	/					
6回目	/					
7回目	/					
8回目	/					
9回目	/					
10回目	/					

※1) 実地研修終了後、「実績報告書」、実施した手技の「評価票」(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろうまたは腸ろう・経鼻の経管栄養)を、提出してください。

※2) 実地研修指導料については、受講生と指導看護師が別法人の場合のみ、実績報告書の実施回数に基づいて実地研修終了後にお支払致します。