

令和4年度 佐賀県喀痰吸引等研修 第三号研修

**【現場演習・実地研修 計画書】**

氏名： \_\_\_\_\_

/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )

- ※指導看護師・介護職員等と日程調整し、実施日を計画後に現場演習開始とします。
- ※現場演習修了の実績報告(評価票)を受け、事務局より「実地研修受講通知書」を送ります。  
それを以て実地研修開始となります。(原則、指導看護師より評価票が郵送で届き次第FAXにて確認書をお送りします。)
- ※この計画書は現場での研修を進めていく中で活用していただくことを目的としています。