

(参考様式1)

第 号

実地研修修了証

氏 名

生年月日 年 月 日

社会福祉士及び介護福祉士施行規則（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

平成 年 月 日

登録喀痰吸引等事業者名

登録番号

登録喀痰吸引等事業者代表者名 印

(参考様式1)

< 記 載 例 >

第 ○○○○ 号
(登録番号→任意の連番)

実地研修修了証

氏 名

生年月日 昭和○○年○月○日

社会福祉士及び介護福祉士施行規則（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
<input type="radio"/> 口腔内の喀痰吸引
<input type="radio"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

* 人工呼吸器装着者を実施した場合の記載

口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者を含む。）

平成 年 月 日

登録喀痰吸引等事業者名

登録番号

登録喀痰吸引等事業者代表者名

印