**実地研修修了証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 喀痰吸引 | 種　類 | 実地研修修了の有無（修了したものに○をつけること） |
| ①口腔（10回以上） |  |
| ②鼻腔（20回以上） |  |
| ③気管カニューレ内部（20回以上） |  |
| 経管栄養 | 種　類 | 実地研修修了の有無（修了したものに○をつけること） |
| ①胃ろう又は腸ろう（20回以上） |  |
| ②経鼻経管栄養（20回以上） |  |

　　　上記の者は、当養成施設において医療的ケアに関する実地研修（新養成施設指定規則に規定する別表第４備考３及び別表第５備考３に規定する実地研修）を修了したことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　所在地・連絡先

　養成施設・代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印