

(様式5)

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

---