（参考様式８）

第（修了証明書番号）号

実地研修修了証明書

下記の者について、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　　日 |
| 種　類 | 研修実施必要回数 | 実地研修修了の有無（修了したものに○をつけること） |
| ①口腔内の喀痰吸引（通常手順） | 10回以上 |  |
| ※①口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 10回以上 |  |
| ②鼻腔内の喀痰吸引（通常手順） | 20回以上 |  |
| ※②鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 20回以上 |  |
| ③気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順） | 20回以上 |  |
| ※③気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 20回以上 |  |
| ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下） | 20回以上 |  |
| ※④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤） |  |
| ⑤経鼻経管栄養 | 20回以上 |  |

実地研修を修了した登録喀痰吸引等事業者

登録番号：

事業所の名称：

事業所の所在地：

令和　　　年　　　月　　　日

〇〇法人　　△△（法人名）

代表者　　　理事長　□□（理事長名）　印