

(様式Cイ 3-①)

喀痰吸引等研修 (第三号研修)  
「介護職員実地研修」研修修了報告書

年 月 日

株式会社T B C福祉教育センター  
代表取締役 齋藤 武士 様

施設・事業所名

施設長・管理者名

印

次のとおり、実地研修が修了しましたので報告します。

1 介護職員名

2 指導看護師名

3 利用者名

4 ケアの種類

たんの吸引 ( 口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内部 )  
経管栄養 ( 胃ろう又は腸ろう 経鼻経管 )

(※いずれかに○印を付けてください。)

5 実地研修評価結果

別添のとおり

**※研修評価票の写しを添付してください。**