（実地研修・参考様式７）

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 |  |
| 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） |  |

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：

　　年　　　　月　　　　日

〇〇法人　　△△（法人名）

代表者　　　理事長　□□（理事長名）　印