

[様式 1-⑤]

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
実地研修 実施計画書

平成 年 月 日

社会福祉法人恭生会 理事長 殿

平成 年度 介護職員などによるたん吸引等実施のための研修 実地研修について、下記の
とおり計画しましたので「実地研修 実施機関承諾書」を添えて提出致します。

| | |
|-------------|---|
| 施設住所 連絡先 | (〒 -) TEL FAX |
| 名称 | 法人名 施設名 |
| 代表者 | (役職名) (氏名) 公印 |
| 実習担当者 氏名 | (役職名) (氏名) |

実地研修の計画内容記載欄

| | | |
|---|----------|--------|
| 実地研修 実施機関名 <small>※上記以外で実地研修を行う場合に記載</small> | 施設名 | |
| 実施研修の開始予定日 <small>※筆記試験合否通知以降の日程を記載</small> | 平成 年 月 日 | |
| 実地研修の完了予定日 <small>※原則実地研修開始後6ヶ月以内</small> | 平成 年 月 日 | |
| 実地研修 指導看護師 | (氏名) | |
| 実地研修 受講者 | (氏名) | |
| 実地研修の実施予定研修 <small>※実施予定の研修に○印を記入してください。</small> | 第1号 研修 | 第2号 研修 |