

[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

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人恭生会 理事長 殿

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>	(西暦) 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>	(西暦) 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