

(様式2)

介護職員等たん吸引等実施研修「第三号研修・特定の者対象」

の現地研修に係る研修実施計画書

作成者氏名	㊟	作成日	
管理者氏名	㊟	承認日	

基本 情報	対象者	氏名		生年月日				
		要介護認定状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)			
		障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
		障害名						
		住所						
	事業所	事業所名称						
		受講者氏名						
		管理者氏名						
	現地研修指導者氏名							
	担当医師氏名							

研修 実施 計画	研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	実施行為	実施頻度/留意点等					
	口腔内の喀痰吸引						
	鼻腔内の喀痰吸引						
	気管カニューレ内部の 喀痰吸引						
	胃ろう又は腸ろうによ る経管栄養						
	経鼻経管栄養						
研修修了予定年月日	年 月 日						