

(様式3)

研修受講者 名簿番号	
---------------	--

平成 年 月 日

一般社団法人茨城県介護福祉士会 殿

平成27年度介護職員等たんに吸引等実施研修事業「第三号研修・特定の者対象」
実地研修修了報告書

下記のとおり、実地研修を修了しましたので、報告いたします。

管理者氏名 (所属事業所名) 印)
指導者氏名 (看護師) (所属事業所名) 印)
受講者氏名 (介護職員) (所属事業所名) 印)

記

- 1 実地研修期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
- 2 実施研修場所
・実地場所 (在 宅 ・ 障害者支援施設)
・対象利用者名 (様)
- 3 特定行為の種類及び実施日等

	特定行為の種類	実 施 日	実施時間	指導時間
1		平成 年 月 日	時 分~ 時 分まで	時間
2		平成 年 月 日	時 分~ 時 分まで	時間
3		平成 年 月 日	時 分~ 時 分まで	時間
4		平成 年 月 日	時 分~ 時 分まで	時間
5		平成 年 月 日	時 分~ 時 分まで	時間
			合計	時間

4 添付書類

- (1) 実地研修評価票 (研修実施要綱別紙2-1~2-9) の写し
- (2) 研修実施計画書 (様式2)
- (3) 実地研修指導者からの口座振替依頼書 (様式4)
※研修受講申込時に受領記載がある場合
- (4) 口座振替依頼書の委任状 (様式5)
※実地研修指導者が所属する事業所への講師謝金振込を希望する場合