

【**実地研修先** 受講者の所属施設等】

住 所	〒 —				
設置主体					
事業種別					
施設・事業所名					
ふりがな					
実地研修担当者	(役職)			(氏名)	
連絡先	(電話)	—	—		
	(FAX)	—	—		
実地研修先の利用者の状況(申込時)	口腔内の喀痰吸引		人	胃瘻による経管栄養	人
	鼻腔内の喀痰吸引		人	腸瘻による経管栄養	人
	気管カニューレ内部の喀痰吸引		人	経鼻経管栄養	人

【**実地研修の指導講師**】

ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —
ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —
ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —

※ 実地研修の指導講師の研修修了状況の確認のため、「喀痰吸引等指導者講習」若しくは「医療的ケア教員講習会」の修了証のコピーを添付してください。