

# 喀痰吸引等3号研修 修了証明書 発行依頼書

作成日：       年       月       日

NPO法人 自立生活センターさっぽろ  
3号研修担当者様

受講者番号	
受講者名	
指導看護師名	
所属先	
看護師3号講師認定番号	
特定の利用者の氏名	

<修了した行為に○をつけ、修了年月日を記入して下さい>

	項目	修了年月日
	口腔内の喀痰吸引	(通常手順) (別紙2・3-1)      年    月    日
		(非侵襲的人工呼吸器装着者用手順) (別紙2・3-2)      年    月    日
	鼻腔内の喀痰吸引	(通常手順) (別紙2・3-3)      年    月    日
		(非侵襲的人工呼吸器装着者用手順) (別紙2・3-4)      年    月    日
	気管カニューレ内部吸引	(通常手順) (別紙2・3-5)      年    月    日
		(侵襲的人工呼吸器装着者用手順) (別紙2・3-6)      年    月    日
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下) (別紙2・3-7)      年    月    日	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形) (別紙2・3-8)      年    月    日	
	経鼻経管栄養 (別紙2・3-9)      年    月    日	

※修了証発行にあたり、必要書類が揃っているか○をつけて確認してください。

	医師の指示書(コピー) (別添第1号)	※主治医からの指示書
	利用者同意書(コピー) (別添第2号)	※利用者またはご家族の同意
	喀痰吸引等実施計画書(コピー) (別添第3号)	※管理者サービス提供責任者等
評価票	基本研修(演習)評価票 (別紙2-1~2-9) 実地研修評価票 (別紙3-1~3-9)	※行為ごとの評価票

研修機関名	NPO法人 自立生活センターさっぽろ
担当者	岡本 雅樹
電話/FAX番号	011-867-5699/011-862-2777