（実地研修修了者用様式例）

各事業者で付番してください。

第　　　　号（研修修了者登録番号）

実 地 研 修 修 了 証

氏　　名

生年月日　(和暦)　年　　月　　日生

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）第26条の3第2項第2号に定める喀痰吸引等研修のうち以下の行為を修了したことを証します。

口腔内の喀痰吸引

実地研修を修了した行為を記載してください。

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

　　年　　月　　日（発行日）

登録喀痰吸引等事業者名（法人名及び施設名）

登録番号

登録喀痰吸引等事業者代表者名（施設長名）

※法人登記印又は登録喀痰吸引等事業者印の押印