

第 号

# 修了証明書

氏 名  
生年月日 年 月 日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第4条第2項で規定する喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）に係る以下の課程を修了したことを証します。

■ 修了した喀痰吸引等研修の課程 省令別表第 号研修

【実地研修において評価判定基準を満たした行為】

	1. 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者にも可)
	2. 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者にも可)
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者にも可)
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	5. 経鼻経管栄養

年 月 日

登録研修機関登録番号〇〇〇〇〇〇〇〇

登録研修機関の名称

代表者名 〇〇 〇〇 印

※ 評価判定基準を満たした行為について●印を印字すること。