第（修了番号）号

**実地研修修了証**

＜氏名＞

＜生年月日＞

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。

　　実地研修を修了した行為

・口腔内のたんの吸引

　　・鼻腔内のたんの吸引

　　・気管カニューレ内部のたんの吸引

　・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形を含む）

・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形を除く）

・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形のみ）

・経鼻経管栄養

平成　年　月　日（発行日）

登録番号

　　　　　　登録喀痰吸引等事業者名

　　　　　　登録喀痰吸引等事業者代表者名

　　　　　（※法人登記印又は登録喀痰吸引等事業者印の押印）

※注）　１．終了番号は各事業所で付番すること

　　　　２．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養については修了したものにつき記載すること

　　　　３．県が付番した登録喀痰吸引等事業者登録番号を記入すること