（様式１１）

第（実地研修修了者管理簿の修了証番号）号

実地研修修了証

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下記のとおり実地研修を修了したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 実地研修を行った  登録喀痰吸引等事業者名 | |  | |
| 登録喀痰吸引等事業者番号 | |  | |
| 区分 | | 修了の有無（修了したものに◯を記載すること） | |
| 口腔内の痰吸引 | |  | |
| 鼻腔内の痰吸引 | |  | |
| 気管カニューレ内部の痰吸引 | |  | |
| 胃ろう又は腸ろうの経管栄養 | |  | |
| 経鼻経管栄養 | |  | |

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　法人（会社）名

　　　　　　　　　　　　　　　　理事長（代表者）　　　　　　　印