（様式第７号）

第　　　号

研　修　修　了　証　明　書

氏名

　あなたは、　　　　　　　　　（登録研修機関）が開催した、福島県喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）の全課程を修了したことを証します。

　　　　実地研修を修了した行為（※終了した行為について○を記載する）

|  |  |
| --- | --- |
|  | １　口腔内の喀痰吸引 |
|  | 　※口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
|  | ２　鼻腔内の喀痰吸引 |
|  | 　※鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
|  | ３　気管カニューレ内部の喀痰吸引 |
|  | 　※気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
|  | ４　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 |
|  | ５　経鼻経管栄養 |

平成　　年　　月　　日

事業実施者の名称

代表者役職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　印