**実 績 報 告 書**

**【　現場演習 ・ 実地研修　】**

※いずれかに、○を付けてください。

指導看護師名：　　　　　　　　　　　　　㊞

受講者名：

※必須：評価票に添付※

受講者事業所名：

利用者名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 手技  実施日 | 喀痰吸引  （口腔内） | 喀痰吸引  （鼻腔内） | 喀痰吸引  （気管カニューレ内部） | 経管栄養  （胃ろう）  （腸ろう） | 経管栄養  （経鼻） |
| 例 | ４／１ |  | ○ |  |  | ○ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

※１）現場演習（実地研修）修了後、対象となる評価表を添付（ホッチキス止め）し、提出してください。

※２）現場演習（実地研修）指導料については受講生負担となっておりますが、支払いについて下記よりお選び下さい。

①　請求する（同封しました「取引先登録データ用紙」をご提出下さい。）

②　請求しない

※３）上記で②を選択の場合、その理由を下記よりお選び下さい。

① 同一法人のため　② その他