

各施設長様
指導看護師様

令和2年度 喀痰吸引等研修「医療的ケアコース（第一号研修・第二号研修）」
実地研修における注意事項確認書

平素は本研修の運営につきまして格別のご協力をいただき、厚くお礼を申し上げます。
これから実施される実地研修について、注意事項をご連絡させていただきます。

記

- 滴下及び半固形栄養剤の手技を交ぜて実施する場合の研修回数は、あわせて20回以上とします。
ただし、滴下の研修回数は10回以上とします。
- 医師の指示書に関して、申込み時点での提出は不要ですが、実地研修開始後に実施記録や評価票等と共に提出してください。
- 認定証の記載について
2019年度(令和元年度)以降に実地研修を開始し、修了した者の認定証の記載は、実地研修を実施した手技に基づき、次のとおりとします。

滴下及び半固形化栄養剤の実地研修を修了した者
→ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
滴下のみ実地研修を修了した者
→ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下に限る）
半固形化栄養剤のみ実地研修を修了した者
→ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形化栄養剤に限る）

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 宛

上記の内容を確認、承知し実地研修を行います。

記入日 年 月 日

施設名

施設長名

㊞

指導看護師名

㊞