

## (様式2)

介護職員等たん吸引等実施研修「第三号研修・特定の者対象」  
の実地研修に係る研修実施計画書

作成者氏名	㊞	作成日	
管理者氏名	㊞	承認日	

対象者	氏名		生年月日				
	要介護認定状況	要支援 ( 1 2 )	要介護 ( 1 2 3 4 5 )				
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
	障害名						
事業所	住所						
	事業所名称						
	受講者氏名						
	管理者氏名						
実地研修指導者氏名							
担当医師氏名							

研修実施計画	研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	実施行為	実施頻度/留意点等
	口腔内の喀痰吸引	
	鼻腔内の喀痰吸引	
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	経鼻経管栄養	
研修修了予定年月日	年 月 日	