第○○○○号

事業所ごとに任意の番号を付してください。

修　了　証　明　書

氏　　名

生年月日

　あなたは喀痰吸引等事業者である○○○○（事業所名）において，実地研修を修了したことを証明します。

実施研修を修了した行為のみ記載してください。

実地研修を修了した行為

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（半固形を除く）

　　経鼻経管栄養

実地研修を修了した登録喀痰吸引等事業者

登録番号：

事業所名：

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人泉寿会

代表者　○○　○○　　　印