特定：第3号(追加)　提出前チェックリスト

実地研修終了後、原則10日以内に提出

　　提出日　　　　　年　　　月　　　日　　　※提出のたびに新たな用紙に記入し毎回必ず提出してください。

　　氏名

**【提出枚数】**＊確認後、（　　）内に枚数を記入して下さい

**◆**提出前チェックリスト（この用紙です）　　　 　　　　　　 　 （　　　）枚

**◆**医師の指示書 (コピー)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（　　　）枚

**◆**医師の指示書発行依頼書 （コピー）　 　　　　 　　　　　　　 　　（　　　）枚

**◆**実地研修評価票

口腔内の喀痰吸引（通常手順） 　 　（　　　）枚

口腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸器装着）　　　　 　　 （　　　）枚

鼻腔内の喀痰吸引（通常手順） （　　　）枚

鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的人工呼吸器装着）　　　 （　　　）枚

気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順）　　 　 （　　　）枚

気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的人工呼吸器装着） （　　　）枚

胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（滴下） 　 （　　　）枚

胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（半固形） （　　　）枚

経鼻経管栄養　　　 （　　　）枚

**◆**実地研修実施票　 合計 （　　　）枚

**◆**ヒヤリハット・アクシデント報告書 (必要時) （　　　）枚

**【確認事項】**＊確認後、**□**にチェック（☑）して下さい

**□**各提出書類に記入もれがないこと

**□**原本であること（実地研修の実施に係る指示書のみコピー）

**□**下書き（鉛筆書き）はすべて消すこと

**□**黒ボールペンで記入していること（消せるボールペンは禁）

**□**訂正箇所は　＝（二重線）の上に訂正印で訂正されていること（修正テープ禁）

**□**受講番号・受講生名・受講年月などに記入もれがないこと

**□**利用者氏名が記入されていること

**□**実施票の研修の記録・指導のポイントが適切に記入されていること

**□**実地研修実施時間に無理がないこと

**□**指導者のサイン又は押印にもれがないこと

**□**指導看護師が申請書で登録した看護師であること

**□**評価票の基本研修演習修了の確認欄の項目が全て「ア」であること

**□**実地研修の合格基準（連続２回全項目が「ア」であること）を満たしていること

**※研修記録類は提出前に各自コピーして保管しておいてください**

**※必ず提出枚数・確認事項のチェックを十分にして提出してください**

＝送付先＝　〒651-0062　神戸市中央区坂口通2-1-1　兵庫県福祉ｾﾝﾀｰ5F

兵庫県介護福祉士会　たんの吸引等研修担当宛

3号追加　実地研修提出書類在中（朱書）