記載例

介護福祉士の喀痰吸引等実地研修 修了者管理簿

事業所名　〇〇介護事業所

修了証番号	氏名	生年月日	住所	受講開始年月日	修了証 交付年月日	基本研修又は医療的ケアの 修了確認書類	介護福祉士 登録番号	実施行為種別
2017-●号	村山　一郎	S〇.〇.〇〇	山形市松波２－８－１	H29.6.15	H29.11.30	卒業証明書、履修証明書	●-〇〇〇〇〇〇〇	①②④
2017-◎号	庄内　おば子	H□.□□.□	東田川郡三川町大字横山字袖東１９－１	H29.7.1	H30.2.22	喀痰吸引等研修修了証明書	●-□□□□□□□	①②③④⑤

備考 １ 「修了証番号」の欄は各喀痰吸引等事業者における任意の番号を記載してください。
２ 「基本研修又は医療的ケアの修了確認書類」には、喀痰吸引等研修修了証や卒業証明書など、当該研修生が医療的ケアを修了していることの確認に用いた書類の名称を記載して下さい。
２ 「実施行為種別」には実地した特定行為の種別を以下から選択し、番号を記載してください。
①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養