

(様式 4)

基本研修修了証明書

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
講 義	実時間:50 時間以上
演 習	ア 喀痰吸引 (ア) 口 腔 5 回以上 (イ) 鼻 腔 5 回以上 (ウ) 気管カニューレ内部 5 回以上 イ 経管栄養 (ア) 胃ろう又は腸ろう 5 回以上 (イ) 経鼻経管栄養 5 回以上 ウ 救急蘇生法 1 回以上

上記の者は、当養成施設において基本研修(新養成施設指定規則に規定する別表第 4 備考 2 に規定する講義及び演習)を修了したことを証明します。

年 月 日

所在位置・連絡先 〒983-0861 仙台市宮城野区鉄砲町中 3 番地4
TEL022-256-1931 FAX022-355-6499

養成施設・代表者氏名 株式会社中川 東北福祉カレッジ

代表取締役 中川 裕章 印