

(様式5)

## 実地研修修了証明書

フリガナ		
氏名		
喀痰吸引	種類	実地研修修了の有無 (修了したものに○をつけること)
	① 口腔(10回以上)	
	② 鼻腔(20回以上)	
	③ 気管カニューレ内部(20回以上)	
経管栄養	種類	実地研修修了の有無 (修了したものに○をつけること)
	① 胃ろう又は腸ろう(20回以上)	
	経鼻経管栄養(20回以上)	

上記の者は、当養成施設において医療的ケアに関する実地研修(新養成施設指定規則に規定する別表第4備考3および別表第5備考3に規定する実地研修)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