（別紙2）

実地研修修了者管理簿（平成　　年度）

修了証番号	氏名	介護福祉士登録証登録番号	生年月日	住所	研修開始年月日	研修修了年月日	実施行為種別

備考 １「修了証番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
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　⑥人工呼吸器装着者への喀痰吸引
３「研修修了年月日」は実地研修修了証の交付日を記載してください。