

(一社) 日本 ALS 協会岩手県支部
 介護職員等医療的ケア第 3 号研修実地研修指導報告書

(西暦) 年 月 日

日本 ALS 協会岩手県支部 支部長 様

指導事業所名 _____

事業所長名 _____ 印

下記の研修受講者に対する実地研修実地指導が終了いたしましたのでご報告いたします。

基本研修（現場演習）及び実地研修を行う受講者並びに特定の利用者及び指導者について

	実地研修終了日	受講者番号	受講者名	特定の利用者名	指導担当者名
1	(西暦) 年 月 日				
2	(西暦) 年 月 日				

※指導内容につきましては、該当項目の「評価票」に記入して同封してください。

* 実地研修の利用者のケアの種類

※【研修事務局記入欄】

管理 NO :	書類受理日 年 月 日 印
---------	---------------

指導事業所→原本を日本 ALS 協会岩手県支部