

修了証明書

氏名 ○○ ○○

生年月日 昭和○年○月○日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第11条第2項の規定による喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）において、下記の行為を実施するための研修の全課程を修了したことを証します。

- 対象行為
- ・ 口腔内の喀痰吸引
 - ・ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
 - ・ 鼻腔内の喀痰吸引
 - ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下のみ）

年 月 日

千葉県登録番号 第 号

登録研修機関名 ○○

代表者職・氏名 ○○ 印