

## 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（特定の者対象）において、下記のとおり研修の全課程を修了したことを証します。

対象者 △△ △△

特定行為

- ・口腔内の喀痰吸引
- ・気管カニューレ内部による喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- ・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