

送付先FAX：096-386-7127

平成31年度（2019年度） 熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修

## 中断または中止 理由書【 中断 ・ 中止 】

|       |        |       |        |
|-------|--------|-------|--------|
| 事業所名称 |        |       |        |
| 受講者氏名 | 受講登録番号 | 受講者氏名 | 受講登録番号 |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |

※個人情報の漏えい防止の為、利用者氏名につきましてはカタカナでの記載をお願いします。

|                    |  |         |  |
|--------------------|--|---------|--|
| 利用者氏名<br>(カタカナで記載) |  | 指導看護師氏名 |  |
|--------------------|--|---------|--|

## 1. 中止の内容（行為のすべて ・ 一部の行為）

※一部行為の場合、中止行為を記入 → （ ）

## 2. 中断または中止の理由 ※いずれかにチェックし、理由を記入してください。

受講者都合

理由：

利用者都合：入院 ・ 死亡 ・ その他(以下に理由を記入)

理由：

指導看護師都合

理由：

## 3. (中断の場合)再開の予定