

実習証明書

認定病児保育
スペシャリスト
(財)日本病児保育協会



実習者	
登録メールアドレス	
氏名	
住所	
電話番号	

実習先	
施設名	
施設長名	
住所	
電話番号	

実習期間 自 年 月 日 () 至 年 月 日 ()

実習日	開始時間	終了時間	休憩時間	実習時間	チェックポイント <small>※行ったものに○を付けてください ※必須項目は全項目に最低ひとつ以上○が付くようにしてください</small>										担当者サイン <small>※実習先担当者にサインをもらってください</small>	
					必須項目							推奨項目				
					開始・終了の引継ぎ	水分補給	食事介助	排泄処理(おむつ替え)	寝かしつけ	病状を配慮した遊び	検温	与薬	SIDSチェック	調乳授乳		
月 日	:	:	:	:												
月 日	:	:	:	:												
月 日	:	:	:	:												
月 日	:	:	:	:												
月 日	:	:	:	:												
月 日	:	:	:	:												
実習時間合計				:	※1時間未満切り捨て											

※以下は実習先が記入

上記の者が、当病児保育事業で実習したことを証明します

日付 年 月 日

所在地

電話番号

事業者名

担当者名

