

(別紙 2)

受付番号

平成 年 月 日

知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

㊟

喀痰吸引等研修 実施結果報告書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める喀痰吸引等研修について、下記の通り実施したので、省令附則第11条第2項第6号の規定に基づき報告します。

登録研修機関登録番号									
申請者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 -)							
		県	郡市						
電話番号									
研修課程		1. 喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一研修（不特定の者対象） 2. 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二研修（不特定の者対象） 3. 各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三研修（特定の者対象）							
研修内容	基本研修 (講義)	実施場所							
		実施期間	年	月	日	～	年	月	日
		受講者数	人		修了者数	人			
		試験実施日	年	月	日				
	基本研修 (演習)	実施場所							
		実施期間	年	月	日	～	年	月	日
		受講者数	人		修了者数	人			
		評価実施日	年	月	日				
	実地研修	実施場所							
		実施期間	年	月	日	～	年	月	日
		受講者数	人		修了者数	人			
		評価実施日	年	月	日				
研修担当者の 氏名及び連絡先	氏名								
	電話番号								

※特定の者研修においては、実地研修を在宅で行った場合については、実施場所に各対象居宅と記載すること

添付資料

研修修了者一覧