

受付番号	
------	--

年 月 日

山形県知事 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13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 (ビルの名称等)						
	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. 全ての喀痰吸引及び経管栄養のうち1行為以上：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