（実施要綱　別紙２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和　　　　年　　月　　日

香　川　県　知　事

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| （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．喀痰吸引等のうち４行為以下の行為：省令別表第二研修（不特定の者対象） | | | | | | | | | | | | |
| 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

　喀痰吸引等研修研修修了者管理簿

　修了状況管理簿