参考様式

　　　　年　　月　　日

東　京　都　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 |
| （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．喀痰吸引等行為のうち１行為以上４行為以下：省令別表第二号研修（不特定多数の者対象）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

　※　喀痰吸引等研修 研修修了者管理簿の写しでも可