様式第16号（第19条関係）

年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録研修機関

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、下記のとおり実施したので、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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録研修機関 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　市　区　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　町　村 |
| （建物の名称等） |
| 電話番号 |  |
| 研修課程 | 該当する研修に○をつけてください。 | 単年度の募集定員 | １人あたり受講料 |
| 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）） | 人 | 円 |
| ２．喀痰吸引及び経管栄養のうち任意の行為（省令別表第二研修（不特定の者対象）） | 人 | 円 |
| 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）） | 人 | 円 |
| 研修内容 | 基本研修（講義） | 受講者数 | 通学 | 人 | 修了者数 | 人 |
| 通信 | 人 | 修了者数 | 人 |
| 基本研修（演習） | 受講者数 | 人　 | 修了者数 | 人　 |
| 実地研修（１、２号） | 実施状況 | 別紙のとおり |
| 実地研修（３号） | 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