（別添様式８）

年　　　月　　　日

滋賀県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所の  所在地 |  |
| 申請者 |  |
| 代表者 |  |

**喀痰吸引等研修　実地研修実施報告書**

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報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録喀痰吸引等事業者登録番号 | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 修了した行為 | |  | 口腔内の喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 鼻腔内の喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 胃ろうまたは腸ろうによる喀痰吸引 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 経鼻経管栄養 | | | | | | | | | | | | | |
| 研修内容 | 実施場所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施期間 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受講者数 | 名 | | | | | | 修了者数 | | | | 名 | | | | |
| 修了日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修担当者の  氏名及び連絡先 | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | |

添付資料

　修了証管理簿