様式第１５号

年　　　月　　　日

　滋賀県知事　殿

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　届出者　主たる事務所の

所在地

申請者

代表者職・氏名

**喀痰吸引等研修　研修内容届出書**

　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、下記のとおり研修を実施しますのでその内容について届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 登録研修機関番号 |  | | | |
| ２ | 登録研修機関名 |  | | | |
| ３ | 研修課程※ | 第一号研修　・　第二号研修　・　第三号研修 | | | |
| 喀痰吸引：　口腔内　・　鼻腔内　・　気管ｶﾆｭｰﾚ内部  経管栄養：　胃ろうまたは腸ろう　・　経鼻経管栄養 | | | |
| ４ | 研修コース | 年度　　　第　　　　回 | | | |
| ５ | 研修会場 | 講義 | 会場名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 演習 | 会場名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 実地研修 | 会場名 |  | |
| 所在地 |  | |
| ６ | 研修期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| ７ | 募集期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| ８ | 定員 | 名 | | | |
| ９ | 受講料 |  | | | |
| 10 | 受講申込方法 |  | | | |
| 11 | 受講申込に関する  連絡先 | 担　当　者　名 | | |  |
| 電　話　番　号 | | |  |
| ファックス番号 | | |  |

※第２号研修は、実地研修科目に○を記載してください。

様式第１５号

**〇**年　**〇**月　**〇**日

　滋賀県知事　殿

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　届出者　主たる事務所の

所在地　**〇〇県〇〇市〇〇町〇〇**

申請者　**株式会社〇〇**

代表者職・氏名　**代表取締役　〇〇　〇〇**

**喀痰吸引等研修　研修内容届出書**

　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、下記のとおり研修を実施しますのでその内容について届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 登録研修機関番号 | **〇〇〇〇〇〇** | | | |
| ２ | 登録研修機関名 | **〇〇研修機関** | | | |
| ３ | 研修課程※ | 第一号研修　・　第二号研修　・　第三号研修 | | | |
| 喀痰吸引：　口腔内　・　鼻腔内　・　気管ｶﾆｭｰﾚ内部  経管栄養：　胃ろうまたは腸ろう　・　経鼻経管栄養 | | | |
| ４ | 研修コース | **〇**年度　　　第　　**〇**　回 | | | |
| ５ | 研修会場 | 講義 | 会場名 | **〇〇会議室** | |
| 所在地 | **〇〇県〇〇市〇〇町〇〇** | |
| 演習 | 会場名 | **〇〇実習室** | |
| 所在地 | **〇〇県〇〇市〇〇町〇〇** | |
| 実地研修 | 会場名 | **〇〇施設** | |
| 所在地 | **〇〇県〇〇市〇〇町〇〇** | |
| ６ | 研修期間 | **〇**年　**〇**月　**〇**日から　　**〇**年　**〇**月　**〇**日まで | | | |
| ７ | 募集期間 | **〇**年　**〇**月　**〇**日から　　**〇**年　**〇**月　**〇**日まで | | | |
| ８ | 定員 | **〇** 名 | | | |
| ９ | 受講料 | **〇〇円（税込）　（テキスト代、保険料含む）** | | | |
| 10 | 受講申込方法 | **〇〇あて申込書を提出** | | | |
| 11 | 受講申込に関する  連絡先 | 担　当　者　名 | | | **〇〇** |
| 電　話　番　号 | | | **〇〇‐〇〇‐〇〇** |
| ファックス番号 | | | **〇〇‐〇〇‐〇〇** |

※第２号研修は、実地研修科目に○を記載してください。