

(様式3)

年 月 日

福岡県知事 殿

主たる事業所の

所在地 **福岡市博多区東公園7-7**

登録事業者 **社会福祉法人〇〇〇〇**

代表者名 **理事長 〇〇〇〇 (押印不要)**

記載できる内容は記載しておいてください。

### 実地研修 実施結果報告書

社会福祉士及び社会福祉士法施行規則第26条の3第2項第2号に定める実地研修について、下記記載事項は記載してください。

登録喀痰吸引等事業者登録番号									
実施事業所	フリガナ	<b>トクベツヨウゴロウジンホームフクオカケンチョウ</b>							
	事業所名称	<b>特別養護老人ホーム福岡県庁</b>							
	事業所所在地	(郵便番号 <b>812-8577</b> ) <b>福岡 県 福岡 郡市 博多区東公園△△-△-△</b>							
		き (ビルの名称等)							
電話番号	<b>092-1234-5678</b>								
喀痰吸引等の行為	1 口腔内の喀痰吸引 ※人工呼吸器装着者を (含む・含まない) 2 鼻腔内の喀痰吸引 ※人工呼吸器装着者を (含む・含まない) 3 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※人工呼吸器装着者を (含む・含まない) 4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 5 経鼻経管栄養								
実地研修	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