

(様式3)

平成 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 印

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、下記のとおり実施したので、同規定に基づき報告します。

登録喀痰吸引等事業者		登録番号									
実施事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームフクオカケンチョウ									
	事業所名称	特別養護老人ホーム福岡県庁									
	事業所所在地	(郵便番号 812-8577)									
		福岡 都 道 福岡 市 区 博多区東公園△△-△-△ (ビルの名称等)									
電話番号	092-1234-5678										
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