

(参考様式9)

受付番号	
------	--

令和 年 月 日

長崎県知事 様

主たる事業所の
所在地
報告者
代表者名

印

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第48条の5第1項第2号に定める介護福祉士の実地研修について、下記の通り実施したので、省令第26条の3第2項の規定により報告します。

登録喀痰吸引等事業者登録番号	4	2							
報告者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 -) 県 都市 (ビルの名称等)							
	電話番号								
実地研修	実施年度	平成 年度							
	受講者数	人			修了者数	人			
	実施行為種別	口腔内の喀痰吸引						人	
		鼻腔内の喀痰吸引						人	
		気管カニューレ内部の喀痰吸引						人	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養							人		
経鼻経管栄養						人			
修了証交付日	年 月 日			修了証番号	~				
研修担当者の 氏名及び連絡先	職・氏名								
	電話番号								

添付資料：介護福祉士の喀痰吸引等実地研修修了者管理簿（参考様式8）

実地研修修了証の交付状況について、年1回以上（交付した日の属する年度の翌年度4月末日までに）長崎県知事へ報告を行うことが必要です。