（参考様式９）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和　　　　年　　月　　日

熊本県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報　　告　　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名

**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、施行令規則第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 | ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| 報告者 | 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 |  |
| 実　地　研　修 | 実施年度 | 令和　　　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）熊本県知事へ報告を行うことが必要です。