

受付番号	
------	--

書類作成日を記入

〇〇年 〇月 〇日

山形県知事 殿

申請者 所在地 山形県山形市松波〇丁目〇番〇号  
 同 名称 社会福祉法人〇〇〇会  
 代表者 職 氏名 理事長 山形太郎

介護福祉士の実地研修 実施結果報告書

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、施行規則第26条の3第2項の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		0	6	0	0	0	0	0	0	0	
申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇カイ									
	名称	社会福祉法人〇〇会 理事長 山形太郎									
	所在地	(郵便番号 990 - × × × × ) 山形 県 山形市 市町村 松波 × 丁目 × 番 × 号 (ビルの名称等)									
実施する事業所 喀痰吸引等を	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇ソウ									
	事業所名称	特別養護老人ホーム〇〇荘									
	事業所所在地	(郵便番号 990 - × × × × ) 山形 県 山形市 市町村 松波 × 丁目 × 番 × 号 (ビルの名称等)									
	電話番号	023-630-××××									
実施結果	〇 年度 第 1 回目	実施場所	特別養護老人ホーム〇〇荘								
		実施期間	〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇 年 〇 月 〇 日								
		受講者数	人			修了者数			人		
		実地行為種別	口腔	2	人	鼻腔	2	人	気管カニューレ	人	
		胃ろう腸ろう	2	人	経鼻経管	人					
	年度 第 2 回目	実施場所									
		実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
		受講者数	人			修了者数			人		
		実地行為種別	口腔	人		鼻腔	人		気管カニューレ	人	
		胃ろう腸ろう	人		経鼻経管	人					
	年度 第 3 回目	実施場所									
		実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
受講者数		人			修了者数			人			
実地行為種別		口腔	人		鼻腔	人		気管カニューレ	人		
	胃ろう腸ろう	人		経鼻経管	人						
研修担当者の 氏名及び連絡 先	氏名	◆◆◆◆									
	電話番号	023-630-××××									

※ 実施結果の欄が不足する場合には適宜行を追加のうえ作成すること。  
 ※ 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3）を添付すること。