**喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）実施届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会長

会　長　　北　村　 清　士　　様

　　　　　　　　　　　　　　法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　代表者名

下記のとおり、喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）を実施することを届けます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事業所の名称 |  |
| 事業所長名 |  |
| ２ | 事業所の所在地 |  |
| ３ | 研修事業所名 |  |
| 研修事業所の所在地 |  |
| ４ | 研修受講者の受入責任者名 |  |
| ５ | 事務担当者名連絡先 | 電話番号（　　　　）　　　　　－　　　　　ＦＡＸ　（　　　　）　　　　　－　　　　　 |
| ６ | 研修受講者の受入時期 | 令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日 |
| ７ | 受入可能人数 | 一日あたり受入可能な人数　　　　　　　人 |
| ８ | 実地研修指導者 | 氏名 |  | 資格 |  | 経験年数 |  |
| 氏名 |  | 資格 |  | 経験年数 |  |
| 氏名 |  | 資格 |  | 経験年数 |  |
| ９ | 他施設職員の受け入れ | 可不可 | （不可の理由） |

※事業所長名は、施設長名及び管理者名を記入願います。