別紙様式2 (第11条関係)

実地研修施設（事業所）等について記載してください。

記　載　例

法人や施設に文書発出番号がない場合は不要です

○○第　×××　号

平成25年11月　　日

新潟県阿賀野市保田5685番地1

各回の基礎研修修了後の年月日としてください。

社会福祉法人阿賀野福祉会

喀痰吸引等研修事業「登録研修機関」

委員長　　近　藤　　浩　　様

住　所　　新潟市中央区新光町４番地１

法人名　　社会福祉法人○○福祉会

施設名　　特別養護老人ホーム○○○○

原則、受講者ごとに提出してください。

代表者　　　○○　○○ 　 　　　　印

実地研修修了報告書

社会福祉法人阿賀野福祉会喀痰吸引等研修事業（第一号、第二号研修）の実地研修について、下記のとおり全課程を修了しましたので報告します。

研修区分を○で囲んでください。

受講申込書又は推薦書に掲載した指導講師の方のお名前を記入して下さい。

記

実地研修修了日としてください（基礎研修開始日から概ね1年間です）。

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修受講者氏名 | 阿賀野　太郎 |
| ２　指導講師氏名  委託契約締結日以降としてください。 | 保田　花子 |
| ３　実地研修施設名 | 特別養護老人ホームあがの八雲苑苑 |
| ４　実地研修期間 | 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 |
| ５　研修区分  (いずれかに○印) | 第一号研修　　・　　第二号研修 |
| ６　添付書類 | ・　別紙様式３「実地研修実施結果一覧表」  ・　実地研修評価票  実施結果一覧は写しでも構いません。 |

評価票は写しでも構いません。

別紙様式2 (第11条関係)

第　　　号

平成　　年　　月　　日

新潟県阿賀野市保田5685番地1

社会福祉法人阿賀野福祉会

喀痰吸引等研修事業「登録研修機関」

委員長　　近　藤　　浩　　様

住　所

法人名

施設名

代表者　　　　　　　　　　　　　　 印

実地研修修了報告書

社会福祉法人阿賀野福祉会喀痰吸引等研修事業（第一号、第二号研修）の実地研修について、下記のとおり全課程を修了しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修受講者氏名 |  |
| ２　指導講師氏名 |  |
| ３　実地研修施設名 |  |
| ４　実地研修期間 | 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 |
| ５　研修区分  (いずれかに○印) | 第一号研修　　・　　第二号研修 |
| ６　添付書類 | ・　別紙様式３「実地研修実施結果一覧表」  ・　実地研修評価票 |