

様式第2号

令和元年度喀痰吸引等研修事業（第一号・第二号研修）
企画提案書

1 団体の概要

団体名	
代表者役職氏名	
本社所在地	
宮崎県内の事業所 (名称、所在地、規模等)	
設立時期	
資本金	
年間売上額	
従業者数	
事業内容	

※団体のパンフレット等を添付いただければ、パンフレットに記載の部分については記入を省略いただいても構いません。

2 喀痰吸引等研修実施委員会の体制（単位：人）

	人数	氏名	所属先
医師			
看護職員			
研修責任者			

※氏名は代表の方1人を御記入ください。

3 研修講師数（単位：人）

	医師	保健師	助産師	看護師	その他	合計
実人数合計						
基本研修（講義）						
基本研修（演習）						
実地研修						
※						

※厚生労働省が平成23・24年度に実施した「喀痰吸引等指導者講習事業（第一号、第二号研修指導者分）」及び県が実施した「指導者（伝達）講習」の受講者数

団体名 _____

4 研修講師の所属

所属先	人数	所属先	人数
自社		左記以外の他事業所	
関連事業所		その他 ()	

5 研修実施会場

	会場名	所在地	収容人数
基本研修 (講義)			
基本研修 (演習)			
実地研修			

6 研修業務の実施体制

氏名	担当業務	備考 (所属、役職など)

7 実施スケジュール ※業務内容欄に定員数及び研修毎の受講者数を記入すること

時期	業務内容
	研修受講定員 人

8 演習で使用するシミュレータの調達方法

--

団体名 _____

9 受講者の実地研修先の確保について有する便宜

--

10 喀痰吸引等研修を実施した実績

--

※県の委託もしくは登録研修機関のいずれで実施したか、また、研修の定員と実地研修の修了者数を御記入ください。

11 当該研修に関するアピールポイントなど（自由記載）

--

（注）行や欄が不足する場合は、適宜追加してください。