

令和2年度喀痰吸引等研修事業（指導者講習）
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 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						
講義						
演習						
※						

※県で定める「喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）事業実施要領」の指導者講習の講師要件に該当する者の人数

3 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（ ）	

4 研修実施会場

	会場名	所在地	収容人数
講義			
演習			

団体名 _____

5 研修業務の実施体制

氏名	担当業務	備考（所属、役職など）

6 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

7 演習で使用するシミュレータの調達方法

--

8 医療専門職に対する研修等の主な実績（過去1年間）

--

9 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。