

(様式13)

登録研修機関 登録簿

| 登録番号 | 登録年月日 | 名称 | | 住所 | 電話番号 | 実施研修課程 | 業務開始年月日 | 更新年月日 | 登録取消年月日 |
|---------|----------|----------|---------------------|-----------------|--------------|--------|----------|---------|---------|
| 3720003 | H30.7.11 | 代表者(法人名) | 特定非営利活動法人自立ケアシステム香川 | 高松市田村町1200番地1 | | 3 | H30.7.11 | R5.7.11 | |
| | | 事業所 | 特定非営利活動法人自立ケアシステム香川 | 高松市田村町1200番地1 | 087-866-6317 | | | | |
| 3720004 | R3.4.1 | 代表者(法人名) | 一般社団法人garyu | 高松市香南町横井549番地12 | | 3 | R3.4.1 | | |
| | | 事業所 | ケアサポート絃 | 高松市香南町横井568番地3 | 087-802-3090 | | | | |

備考 1 「登録番号」の欄は国で定める採番基準に従って記載してください。

2 「実施研修課程」には、当該機関が実施する研修課程の番号(1~3)を記載してください。

1) 喀痰吸引及び経管栄養の全て: 省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)

2) 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び|に胃ろう又は腸ろうによる経管栄養: 省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)

3) 各喀痰吸引等行為の個別研修: 省令別表第三号研修(特定の者対象)

3 既に一度登録を受けた登録研修機関が、別の研修課程について登録を受ける場合には、追加となる研修課程の番号(1~3)を「実地研修課程」欄に追記してください。