医療的ケア教員講習会実施届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 講習会の名称 |  |
| 実施主体の名称 |  |
| 実施主体の主たる事務所の所在地等 | 電話番号： |
| 講習会を実施する会場の所在地（都道府県単位） |  |
| 開講期間 | 受講定員 |
|  |  |
| 講習会の内容 |
|  | 開講時間数 | 担当講師の氏名 |
| 制度の概要 |  |  |
| 医療的ケアの基礎 |  |  |
| 喀痰吸引 |  |  |
| 経管栄養 |  |  |
| 演習 |  |  |

（注）　開催要項等、講習会の内容がわかる資料を添付すること。

当講習会の内容は、上記のとおりです。

　　　平成　年　月　日

法人・機関名：

法人・機関代表者氏名：