

(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
0510001	平成30年4月1日	代表者(法人名)	株式会社中川	宮城県仙台市青葉区小田原4-2-18	022-264-1202	1)、2)、3)	H30.4.1	R5.3.31	
		事業所	東北福祉カレッジ 秋田校	秋田県秋田市桜二丁目17-23	022-256-1931				
0510002	令和1年7月22日	代表者(法人名)	株式会社プレゼンス・メディカル	横浜市西区高島1-2-5 横濱ゲートタワー3F	0120-698-789	1)、2)	R1.8.1	R6.7.31	
		事業所	株式会社プレゼンス・メディカル	秋田市牛島西一丁目3-20 3階	045-594-8588				
0510003	令和4年3月16日	代表者(法人名)	秋田圏域人材支援事業協同組合	秋田県湯上市昭和久保字街道下92-1	018-877-7485	1)、2)	R4.4.1	R9.3.31	
		事業所	秋田圏域人材支援事業協同組合	秋田県湯上市昭和久保字街道下92-1	018-877-7485				
0510004	令和4年3月25日	代表者(法人名)	社会福祉法人秋田県社会福祉協議会	秋田県秋田市旭北栄町1番5号	018-824-2444	1)、2)、3)	R4.4.1	R9.3.31	
		事業所	社会福祉法人秋田県社会福祉協議会	秋田県秋田市旭北栄町1番5号	018-824-2444				

- 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。

