（様式）

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
0210001	令和5年1月19日	代表者（法人名）	株式会社プレゼンス・メディカル	神奈川県横浜市西区高島１－２－５ 横濱ゲートタワービル3階	0120-698-789	1）、2）	R5.2.1		
		事業所	株式会社プレゼンス・メディカル	青森県青森市長島2丁目１３－１	050-3172-6323				

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1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2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3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。