

서식 1 신고의무 교육 결과보고서(양식)

의료기관 신고의무 교육 결과보고서

시설 또는 기관명							
소재지 (시도 및 시군구)		서울시 노원구		시설장 또는 기관장 성명			
기관유형		예)종합병원, 요양병원, 한의원 등		대상 각호		1호	
교육명 및 이수 인원		교육명	교 육 인 원				미이수
			총 대상인원	이 수			
		집합		온라인			
		아동 학대 신고 의무자 교육	명	명	명	명	
		장애인 학대 신고의무자 교육	명	명	명	명	
	긴급복지지원 신고의무자 교육	명	명	명	명		
사이버 교육	자체 교육	(사이버교육센터)		집합 교육	교육 장소	(의료기관 내부)	
	위탁 교육	(홈페이지 주소 기재)			교육 일시		
<증빙자료> 가 집합교육 : 교육참석자 서명 및 교육 현장사진 첨부							
이 름		생년월일	서명 또는 인	이 름		생년월일	서명 또는 인
※ 인원이 많은 경우 별도 명단 작성 제출 나. 사이버교육 : 교육 수료증 취합본							
<기관장 의무사항> ※ 해당 의무를 이행하지 않은 교육은 이수 불인정							
1. 해당 기관(시설)은 기관(시설)장의 확인하에 보건복지부에서 제작한 교육자료로 교육 실시하였는지 확인							
2. 영리 목적 교육 운영 · 위탁 · 이수 금지							
기관(시설)장의 책임하에 위와 같이 자체(위탁)교육을 실시하였습니다.							
2026년 월 일							
기관명(또는 시설명)							
의료기관명 :		장 성명		(서명)			