

令和4年度(2022年度) 熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修

指導者養成研修(第三号) 受講申込書

年 月 日

研修機関長 様

(受講を申し込む施設・事業所等)

住 所

名 称

施設・事業所等の長

㊦

令和4年度(2022年度) 熊本県喀痰吸引等研修第三号研修の現場演習・実地研修において、下記の職員が介護職員等の指導者となる予定なので、「指導者養成研修(第三号) 受講申込者調書(様式2-2)」「(指導看護師の資格要件を満たす) 資格証(写し)」を添えて受講を申し込みます。

記

優先順位	氏名	職種	受講希望会場 ※希望する会場に○を付けてください。
1			県北 ・ 県央 ・ 県南
2			県北 ・ 県央 ・ 県南
3			県北 ・ 県央 ・ 県南
4			県北 ・ 県央 ・ 県南
5			県北 ・ 県央 ・ 県南

- ※ 2人以上の受講をご希望の場合には、優先順位の順に記入してください。また、受講申込者調書は、受講希望者1名につき1枚作成してください。
- ※ 「喀痰吸引等研修(第1号・第2号研修)指導者養成講習」、「医療的ケア教員講習会」のいずれかの修了者は受講が免除されます。

担当者	氏名	
	電話	
	FAX	

令和4年度(2022年度) 熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修

指導者養成研修(第三号) 受講申込者調書

(年 月 日現在)

フリガナ 氏名	Ⓜ		
生年月日・年齢	西暦	年 月 日生	()歳
現在の勤務先	法人名:	施設(事業所)名:	
	所在地:	〒	
	TEL:	FAX:	
現在の勤務先 (施設等種別) ※該当するものに○	1. 都道府県庁(1-1本庁 1-2保健所 1-3病院・診療所) 2. 訪問看護ステーション 3. 病院・診療所 4. 障害者(児)サービス事業所(サービス種別) 5. 障害者(児)施設(施設種別) 6. 特別支援学校 7. 保育所 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 有料老人ホーム 11. 認知症(高齢者)グループホーム 12. 医療系大学・養成所 13. その他(具体的に)		
保有資格 ※該当するもの 全てに○	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
免許	取得年月日:(西暦) 年 月 日 免許番号: ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載すること。		
職歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 ()年()か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 ()年()か月 ※准看護師としての経験年数は含めないこと。 c. 上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間 ()年()か月		

※該当書類をご提出いただいた時点で、当財団の個人情報保護方針に同意いただいたものとみなします。