

令和 7 年度 佐賀県喀痰吸引等研修 第三号研修

受講申込者調書

(令和 年 月 日 現在)

受講申込者	住 所:〒		
	フリガナ 氏 名:		
生年月日・年齢	年 月 日 ・ () 歳		
現在の勤務先	法人名:		施設(事業所)名:
	所在地:〒		
	TEL:		
現在の勤務先 【施設等種別】 該当するものに○	1. 障害者(児)支援施設 7. 障害児入所施設 2. 障害福祉サービス事業所等 8. 特別支援学校 3. グループホーム 9. 介護老人保健施設 4. 居宅介護 10. 介護老人福祉施設 5. 訪問介護事業所 11. 介護サービス事業所 6. 障害児通所支援事業所 12. その他 ()		
保有資格 該当するものに○	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー 3. 保育士 4. 生活支援員 5. 教員 6. 児童支援員 7. その他(具体的に)		
職 歴	a. 福祉職場の勤続年数 () 年 () か月 b. 現在の勤務先における勤続年数 () 年 () か月		
経 験 該当するものに○	喀痰吸引	口腔内のたんの吸引	経験あり ・ なし
		鼻腔内のたんの吸引	経験あり ・ なし
		気管カニューレ内部のたんの吸引	経験あり ・ なし
	経管栄養	胃ろう(腸ろう)からの経管栄養	経験あり ・ なし
		経鼻経管栄養	経験あり ・ なし

※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。