様式１－1

令和８年度 佐賀県喀痰吸引等研修 第三号研修

# 基本研修 受講申込書

令和　　　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

当施設・事業所等は、平成２４年４月１日施行の社会福祉士及び介護福祉士法附則第２０条第１項に基づき、登録特定行為事業者として佐賀県知事の登録を受ける予定なので、下記の職員について、「**喀痰吸引等研修 第三号研修　受講申込者調書（様式１－２）**」を添えて受講を申し込みます。

なお、「体制整備に係る確認事項チェックシート（参考①）」の１１項目の要件を全て満たしていることを確認しました。

また、現場演習・実地研修にあたり、利用者、主治医及び指導看護師からの同意と主治医からの「指導看護師の下、介護職員等が実地研修にあたる際の医師の指示書」は準備します。

記

受講申込者について

| 氏名 | 受講希望会場<br>（選択式：▼） |
|---|---|
| | 会場：選択式 |

| 同じ施設・事業所から受講希望者が複数名いる場合の優先順位 | 第　　　位 |
|---|---|

担当予定の指導看護師

| 氏名 | 所属 | 連絡先 | 研修受講※<br>（選択式：▼） |
|---|---|---|---|
| | | TEL | 研修：選択式 |
| | | TEL | 研修：選択式 |
| | | TEL | 研修：選択式 |
| | | TEL | 研修：選択式 |
| | | TEL | 研修：選択式 |

※　「指導者養成研修」「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修（不特定）指導者講習」「医療的ケア教員講習会」のいずれかを受講済みの場合は「済」を選択して、該当の**「修了証明書（写し）」**を添付してください。未受講の場合は「未」を選択して、別途、指導者養成研修の受講申込みが必要となります。

| 担当者 | 氏　名 | |
|---|---|---|
| | 連絡先 | |