

令和 8 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	和暦:選択式 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】 (選択式:▼)	勤務先:選択式 ()		
保有資格 (選択式:▼)	資格:選択式 ()		
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 (選択式:▼)	喀痰吸引	口腔内のたんの吸引	経験:選択式
		鼻腔内のたんの吸引	経験:選択式
		気管カニューレ内部のたんの吸引	経験:選択式
	経管栄養	胃ろう(腸ろう)からの経管栄養	経験:選択式
		経鼻経管栄養	経験:選択式

※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。