

令和8年度 佐賀県喀痰吸引等研修 第三号研修

指導者養成研修（第三号） 受講申込書

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

令和8年度 佐賀県喀痰吸引等研修 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

氏名	職種	受講希望会場 (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

※ 「指導者育成研修」「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」のいずれかの修了者は受講が免除されます。

担当者	氏 名	
	連絡先	