

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） 受講申込者調書

(令和 年 月 日現在)

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） ※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 1 0. 保育所 7. 特別養護老人ホーム 1 1. 老人保健施設 8. 有料老人ホーム 1 2. 認知症（高齢者）グループホーム 9. 医療系大学・養成所 1 3. 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： 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の番号を記載すること。	
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。