

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。