

令和 8 年度（2026 年度）熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修

基本研修 受講申込書

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熊本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

優先順位	氏名	受講会場
1		県央①
2		県央①
3		県央①
4		県央①
5		県央①

担当予定の指導看護師

氏名	所属	連絡先	研修受講 ※
		TEL FAX	済・未
		TEL FAX	済・未
		TEL FAX	済・未
		TEL FAX	済・未
		TEL FAX	済・未

※ 実地研修事前研修<平成 23～27 年度>、喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号研修）指導者養成講習、医療的ケア教員講習会、指導者養成研修（第三号）<平成 27～令和 7 年度>のいずれかを受講済みの場合は「済」を○で囲み、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○で囲み、別途、指導者養成研修（第三号）の受講申込みが必要です。

担当者	氏名	
	電話	
	FAX	