

令和 8 年度（2026 年度） 熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修

## 指導者養成研修（第三号） 受講申込書

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（2026 年度） 熊本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

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

※ 2 人以上の受講をご希望の場合には、優先順位の順に記入してください。また、受講申込者調書は、受講希望者 1 名につき 1 枚作成してください。

※ 「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」のいずれかの修了者は受講が免除されます。

担当者	氏 名	
	電 話	
	F A X	