

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) 受講申込者調書

( 年 月 日現在)

フリガナ 氏名		
生年月日・年齢	西暦 年 月 日生 ( ) 歳	
現在の勤務先	法人名:	施設(事業所)名:
	所在地: 〒	
	TEL:	FAX:
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 7. 保育所 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 有料老人ホーム 11. 認知症(高齢者)グループホーム 12. 医療系大学・養成所 13. 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:(西暦) 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	

※ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。