

平成29年度 佐賀県介護職員等による喀痰吸引等実施のための第三号研修

指導者育成研修 受講申込書

平成 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

㊦

平成29年度 佐賀県介護職員等による喀痰吸引等実施のための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、「指導者育成研修 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	受講希望日 ※希望する日程に○を付けてください。
1			第1回 ・ 第2回
2			第1回 ・ 第2回
3			第1回 ・ 第2回
4			第1回 ・ 第2回
5			第1回 ・ 第2回

※ 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。

※ 「指導者育成研修」「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修(不特定)指導者講習」「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	
	FAX	

平成29年度 佐賀県介護職員等による喀痰吸引等実施のための第三号研修

指導者育成研修 受講申込者調書

(平成 年 月 日現在)

フリガナ 氏名	Ⓜ (男・女)		
生年月日・年齢	大正 昭和 平成 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。