

平成 3 1 年度 (2 0 1 9 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

㊦

平成 3 1 年度 (2 0 1 9 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	受講希望会場 ※希望する会場に○を付けてください。
1			県北 ・ 県央 ・ 県南
2			県北 ・ 県央 ・ 県南
3			県北 ・ 県央 ・ 県南
4			県北 ・ 県央 ・ 県南
5			県北 ・ 県央 ・ 県南

- ※ 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	

平成31年度（2019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	大正 昭和 年 月 日生（ ）歳 平成	
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。