

令和7年度佐賀県介護職員等による喀痰吸引等研修（不特定）

受講申込者調書

申込順位						
ふりがな 氏 名		性別		男 ・ 女		
		携帯電話				
生年月日・年齢		昭和・平成 年 月 日生 () 歳				
介護業務 経験年数		昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 実務経験 (年 か月)				
就業 場所	法人名					
	施設名					
	住所等	〒 電話： FAX：				
	E-mail					
	種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 有料老人ホーム 4. グループホーム 5. 障害者（児）施設等 6. 介護医療院 7. その他 ()				
講習 会場	↓希望会場↓	※1カ所を選び○を記入		講義	演習	
		【佐賀会場】アバンセ		8/20. 8/23. 8/31. 9/4. 9/10 9/21. 10/5. 10/11. 10/25	11/1. 11/2. 11/14	
		【唐津会場】相知交流文化センター		8/21. 8/24. 9/2. 9/5. 9/12. 9/22. 10/6. 10/15. 10/25	11/5. 11/11. 11/12	
	佐賀 (9/4) 唐津 (9/5)	4 日目受講方法 (希望する方に○)	対面	オンライン		
テキスト		① 購入する ② 購入しない				
研修種類 (該当項目に○)		① 第1号研修 ② 第2号研修				
希望する行為に○を つけてください		口腔内	鼻腔内	気管カニューレ内部	胃ろうまたは腸ろう	経鼻経管栄養
		・通常手段 ・人工呼吸器装着者	・通常手段 ・人工呼吸器装着者	・通常手段 ・人工呼吸器装着者	・滴下 ・半固形タイプ	
実地 研修	研修場所	1. 自法人・施設等 2. 関連法人・施設 ()				
	指導者	1. 氏名 () 資格 (医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師) 2. 氏名 () 資格 (医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師) 3. 氏名 () 資格 (医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師) 4. 氏名 () 資格 (医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師)				
	実地研修に協力 できるたんの吸 引等が必要な利 用者の状況 (申込時点)	口腔内のたんの吸引				人
		口腔内のたんの吸引(人工呼吸器装着者)				人
		鼻腔内のたんの吸引				人
		鼻腔内のたんの吸引 (人工呼吸器装着者)				人
		気管カニューレ内部のたんの吸引				人
		気管カニューレ内部のたんの吸引 (人工呼吸器の装着者)				人
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下)				人
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形)				人
経鼻経管栄養				人		