

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）

介護職員等フォローアップ研修 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	所在地			研修日程	
	※1カ所を選び○を記入					
	【佐賀会場】 アバンセ4階 第1研修室			10月31日（金）		
【唐津会場】 相知交流文化センター研修室B			10月30日（木）			
テキスト		① 購入する		② 購入しない		
希望する行為、 項目に○をつけて ください	行為	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
	項目	・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	
申込理由		1. 手技の確認のため（介護職員等フォローアップ研修のみ申込） 2. 実地研修にて行為の追加をするため（実地研修を申込む予定） 3. 今回、初めて実地研修を行うため（実地研修を申込む予定）				

※受講者の方が対象となるいずれかの証明書の写しを必ず添付してください。

- ・介護職員実務者研修の修了証明書
- ・福祉系高等学校等の基本研修の修了証明書
- ・喀痰吸引等実施のための研修（不特定）の基本研修の修了証明書
- ・喀痰吸引等実施のための研修（不特定）の修了証明書（行為の追加を希望する方）
- ・認定特定行為業務従事者認定証（行為の追加を希望する方）