

令和 7 年度佐賀県喀痰吸引等研修（不特定）
指導者講習受講申込者調書

(ふりがな) 氏名	()		性別	男 ・ 女		
			携帯			
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生 () 歳					
現在の勤務先	法人名			施設名		
	所在地	〒				
	電話	() - F A X	() -			
	E-mail					
現在の勤務先 (施設等種別) 該当するものに○	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．障がい者（児）福祉施設 ６．介護医療院 ７．その他（具体的に ）					
講習会場 （希望会場の番号に○を付けてください）				講習日程		
1	【佐賀会場】 アバンセ ４階 研修室			９月 ６日(土)・９月２６日(金)		
2	【唐津会場】 相知交流文化センター 研修室B			１０月 ４日(土)・１０月２３日(木)		
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（准看護師は除く）					
免 許	取得年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日 免 許 番 号： ※ 医師については医師免許番号を、保健師、助産師、看護師については看護師免許番号を記載してください。 免許の写しを添付してください。					
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					
テキスト	① 購入する ② 購入しない					
確 認 事 項 (いずれかに○をつけてください。)						
令和７年度に実施する佐賀県喀痰吸引等研修（不特定）の実地研修において指導者（評価）を行う予定ですか。（次年度以降に実施する場合は「いいえ」を選んでください。）				は い ・ いいえ		
研修修了後、喀痰吸引等研修（不特定）における指導者を引き受けることが可能ですか。				は い ・ いいえ		