指導者講習用

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 | （　　　　）　　　－　　　　　　　 | FAX | （　　　　）　　　　－　　　　　　　 |
| 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 |