

## 令和8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	
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	8/7・8/12・8/25・8/28 9/3・9/8・9/20・9/30・10/11		10/24・10/25・10/30		
	【唐津会場】相知交流文化センター	8/8・8/19・8/31・9/5・9/16 9/19・9/24・10/2・10/11		10/22・10/31・11/1		
	佐賀（8/28） 唐津（9/5）	4日目受講方法 (希望する方に○)	対面	オンライン (ZOOM)	接続テスト (希望する方に○)	する しない
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 ・通常手段 ・人工呼吸器装着者	鼻腔内 ・通常手段 ・人工呼吸器装着者	気管カニューレ内部 ・通常手段 ・人工呼吸器装着者	胃ろうまたは腸ろう ・滴下 ・半固形タイプ	経鼻経管栄養	
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		