

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（ ）				
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		

※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)