指導者フォローアップ講習用

令和８年度佐賀県喀痰吸引等研修（不特定）
指導者フォローアップ講習受講申込者調書

（ふりがな） 氏　名	（　　）	性別	男　・　女
生年月日・年齢	昭和・平成　　年　　月　　日生 （　　）歳	携帯	
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　第１研修室	９月２２日（火）
２	【唐津会場】　相知交流文化センター　研修室Ｂ	９月１５日（火）

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）
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８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

※指導者講習又は医療的ケア教員講習会の修了証明書の写しを添付してください。