

令和8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		8月22日(土)・9月4日(金)		
2	【唐津会場】 相知交流文化センター 研修室B		10月3日(土)・10月9日(金)		
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8年度に実施する佐賀県喀痰吸引等研修(不特定)の現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	