

令和3年度 喀痰吸引等研修（指導者講習）受講申込書

申込期限：9月30日(木)

希望会場	都城（10/24） ・ 宮崎（11/23） ・ どちらでもよい	
（ふりがな） 氏名	（ ）	
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生 （ ）歳	
勤務先	設置主体名（法人名）	事業所名
	住所：（〒 - ） 宮崎県 市・郡	
	TEL - -	FAX - -
勤務先の 事業所種別 ※該当する 番号を○で 囲んで下さい。	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(3-1 介護付 3-2 住宅型) 4 訪問看護ステーション 5 認知症(高齢者)グループホーム 6 訪問介護事業所 7 病院・診療所（7-1 介護療養型医療施設 7-2 介護療養型医療施設以外） 8 介護医療院 9 その他（具体的に ）	
保有資格	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 ※准看護師含まず。※該当するもの全て○で囲む。	
上記資格証	取得年月日：（昭和・平成） 年 月 日 免許番号： ※資格証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 ※実務経験年数は3年以上とする。 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	
現在の自施設の 状況について ※該当するものに ☑ チェックする	<input type="checkbox"/> 現在、自施設に第一号・第二号研修に係る行為の対象になる利用者がいる。 <input checked="" type="checkbox"/> ①喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> ②経管栄養 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	

喀痰吸引等研修（指導者講習）の受講を申し込みます。

都城コアカレッジ 理事長 殿

受講者氏名

印