

令和3年度 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業
指導者講習受講申込書

申込年月日 年 月 日

参加希望日	() 【1回目】 11月24日(水)～11月25日(木)
	() 【2回目】 12月 2日(木)～12月 3日(金)

Ⓘ 参加を希望される日に○印をおつけください。

ふりがな 氏名			生年月日(西暦) 年 月 日()歳		
現在の勤務先 (推薦)事業所	法人名				
	事業所名			管理者(施設長)氏名 印	
	所在地: 〒				
	TEL		FAX		
	メールアドレス				
	上記以外のアドレス (Web講習用のアドレスがある場合)				
現在の勤務先 (施設種別) 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. 訪問看護ステーション 5. 障がい者(児)サービス事業所(サービス種別) 6. 障がい者(児)施設(施設種別) 7. 特別支援学校 8. 保育所 9. 病院・診療所(9-1 介護療養型医療施設 9-2 介護療養型施設以外) 10. 認知症(高齢者)グループホーム 11. 医療・看護系大学又は養成所 12. その他(具体的に)				
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				
免許	取得年月日:(西暦) 年 月 日 免許番号: ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載すること。				
職歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 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) 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				
受講目的					