

令和6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 2024年 月 日

演習参加希望日 ※いずれかの日程に ☑をしてください。	全体講義：11月28日（木） 演習：11月29日（金）または12月2日（月）のいずれか <input type="checkbox"/> 演習-1：11月29日（金） <input type="checkbox"/> 演習-2：12月2日（月）
-----------------------------------	---

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			
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（ ）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） 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				