

令和4年度 喀痰吸引等研修(指導者講習)受講申込書

申込期限:令和5年1月6日(金)必着

(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 囲む。	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 ※准看護師は含みません。 ※該当するもの全て○で囲んでください。
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(A4サイズ)を同封してください。
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5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 ※ <input checked="" type="checkbox"/> チェック お願いします。	<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ある。 <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
来校手段	電車・自家用車(駐車場の使用 有・無 ※駐車場は無料です。)・その他()
教科書購入	現地で購入(¥2420円)希望する はい・いいえ
昼食購入	弁当購入(¥580円)希望する はい・いいえ

喀痰吸引等研修(指導者講習)の受講を申し込みます。

都城看護専門学校 校長 殿

受講者氏名

印