**令和６年度（第１回）介護職員等による喀痰吸引等（特定の者対象）の研修**

**実施のための指導者養成研修　申込者調書**

※過去に指導者養成研修を受講済みの場合は、

○「介護職員等による喀痰吸引等 (特定の者対象)の研修実施のための指導者養成事業報告書」の受領書の写しを添付してください。

○「１氏名」、「２生年月日・年齢」、「３現在の勤務先」までを記入してください。

（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  １氏　　　名 |  | |
| ２生年月日・年齢 | 昭和・平成　　　年（　　　　年）　　月　　日生　（　　　）歳 | |
| ３現在の勤務先 | 設置主体名 | 事業所名 |
| 所在地：〒  TEL　　　　　　　　　　 FAX | |
| １．訪問看護ステーション  ２．病院・診療所  ３．障害者（児）サービス事業所（サービス種別　　　　　）  ４．障害者（児）施設（施設種別　　　　　　　　　　　）  ５．特別支援学校  ６．保育所  ７．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| ４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．正看護師 | |
| ５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 | |
| ６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 | |
| ７基本研修 | □受講する　　□受講しない  ※基本研修受講は必須ではありません | | |