様式２号

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための**指導者**（特定の者対象）

申込者調書

（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
| 生年月日・年齢 | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生　　（　　　 ）歳 | | | |
| 自己学習 | １　修了済　　　　２　未修了（自己学習用のテキスト等を送付します） | | | |
| 現在の勤務先 | 設置主体名 | 事業所名 | | |
| 所在地：〒  TEL | FAX | | |
| 現在の勤務先等 | １．都道府県庁（1-1 本庁　1-2保健所　1-3病院・診療所）  ２．訪問看護ステーション　　３．病院・診療所  ４．障害者（児）サービス事業所（ｻｰﾋﾞｽ種別　　　　　　　　　　　　　　　）  ５．障害者（児）施設（施設種別　　　　　　　　　　　）  ６．特別支援学校　　　　　　７．保育所  ８．特別養護老人ホーム　　　９．老人保健施設  10．有料老人ホーム　　　　　11．認知症（高齢者）ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ  12．医療系大学・養成所　　　13．その他（具体的に　　　　　　　　　　　） | | | |
| 保有資格  該当するものに全てに○ | １．医師　　２．保健師　　　３．助産師　　　４．正看護師 | | | |
| 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  　　　　　　　　　＊准看護士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 | | | |
|  | | |
| ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。  提出された文書については返却しませんので、予めご了承下さい。 | | | |