

【別紙3】

令和7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	