（別紙様式2）

大分県介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の実施のための

指導者養成研修（自己学習）　申込者調書

　　　　　　　　（　　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | |
| 生年月日・年齢 | 年　　　月　　日生　（　　　）歳 | |
| 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：　　　　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のうえ、免許証の写しを添付すること。 | |
| 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 | |
| 登録研修機関の名称 |  | |
| 実地研修予定日 | 年　　月　　日  ＊必ず事前に自己学習を修了すること。 | |

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。