

# 令和7年度 沖縄県喀痰吸引等指導者講習 受講申込書

(令和 年 月 日現在)

ふりがな 氏 名	印	生年月日・年齢	(和暦) 年 月 日生 ( ) 歳
現在の 勤務先	法人名		施設名
	所在地:〒		
	TEL		FAX
	1. 特別養護老人ホーム    2. 老人保健施設    3. 有料老人ホーム 4. 訪問看護ステーション    5. 障害者(児)福祉施設 6. 認知症グループホーム    7. 病院・診療所    8. 訪問介護事業所 9. 医療・看護・福祉系高校又は養成校    10. その他( )		
保有資格	1. 医師    2. 保健師    3. 助産師    4. 看護師    該当するもの全てに○		
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、看護師免許番号を記載すること。 ※ <u>免許の写しを添付してください。【A4 サイズに縮小コピー】</u>		
職 歴	a. 医師としての臨床等での通算経験年数 ( ) 年 ( ) か月 b. 保健師、助産師又は看護師としての臨床等での通算経験年数 ( ) 年 ( ) か月 * <u>准看護師としての経験年数は含めないこと。</u> c. 上記のうち、喀痰吸引等の業務に関する通算従事期間 ( ) 年 ( ) か月		
受 講 目 的    該当する項目に「○」を記入してください。→			チェック
今後、登録研修機関として、喀痰吸引等研修(第1号・第2号研修)の実施を検討しており、講習修了後、当該登録研修機関の講師となる予定である。			
講習終了後、実務者研修における医療的ケアの講師を予定している。			
介護福祉士養成施設において、医療的ケアの教員を予定している。			
勤務先の介護職員等が今後、喀痰吸引等研修を受講する予定であり、講習修了後、勤務先において実地研修の指導者(指導看護師等)として指導する予定である。			
沖縄県又は登録研修機関が実施する伝達講習の講師を予定している。			
その他( )			