

平成30年度新潟県喀痰吸引等指導者講習 受講申込書

指導者講習

1 受講者及び所属先の情報

フリガナ												
受講者氏名											印	
受講者の同意	指導者講習修了後は研修講師(基本研修の講師又は実地研修の指導講師)に協力します。											
	県が登録研修機関に対して指導者名簿の情報提供を行うことについて承諾します。											
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女				
臨床等での通算経験年数		年	か月	喀痰吸引等の業務に関する従事期間			年	か月				
保有資格	医師		保健師		助産師		看護師					
	※ 准看護師は除く。											
所属施設・事業所	設置主体											
	名称											
	種別	特別養護老人ホーム				認知症高齢者グループホーム						
		介護老人保健施設				小規模多機能型居宅介護事業所						
		有料老人ホーム				病院・診療所						
		訪問看護ステーション				訪問介護事業所						
		障害者支援施設				その他( )						
	住所	〒										
連絡先	(TEL)						(FAX)					
(研修申込担当者氏名)												

2 受講目的(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	登録研修機関で研修講師となるため
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修の実地研修で指導講師となるため
<input type="checkbox"/>	その他( )

3 演習の受講希望日(ご希望に沿えない場合がありますのであらかじめご了承ください。)

<input type="checkbox"/>	平成30年10月13日(土)
<input type="checkbox"/>	平成30年10月14日(日)

※ ご都合のよろしい日すべてに○をつけてください。