

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修（第 1 号・第 2 号） 講師養成課程申込書

（全課程（基本研修+実地研修）及び実地研修課程を受講する介護職員の実地研修の講師となる場合はこちらを使用してください。）

取りまとめ施設・事業所等名： _____

1 受講希望者

希望 順位	氏 名	生年月日（西暦）	性 別	保有資格 ※1	希望会場	受講の目的 ※2
1		/ /	男・女	医 師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師	北九州 ・ 福 岡	1 ・ 2 ・ 3
2		/ /	男・女	医 師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師	北九州 ・ 福 岡	1 ・ 2 ・ 3
3		/ /	男・女	医 師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師	北九州 ・ 福 岡	1 ・ 2 ・ 3

※1 保有資格の免許証の写しを必ず添付してください。なお、看護師について准看護師は含みません。

※2 以下のいずれかを選択してください。

- 1 第1号・第2号全課程（基本研修+実地研修）又は第1号・第2号実地研修課程を受講する介護職員の講師になる為
- 2 第1号・第2号登録研修機関の講師になる為
- 3 その他 [_____]

★3その他を選択した場合は、上記にその目的を記入してください。