

平成29年度福岡県喀痰吸引等研修(第1号・第2号)
 実地研修課程・講師養成課程 提出書類チェックリスト

様式 2-1

※「確認」欄に○を記入して、提出書類に漏れのないように確認してください。

種 別		書 類 名	枚 数	確 認 欄	備 考
共 通		平成29年度福岡県喀痰吸引等研修(第1号・第2号) 実地研修課程・講師養成課程 提出書類チェックリスト(様式2-1)(本紙)	1 枚	<input type="checkbox"/>	
		平成29年度福岡県喀痰吸引等研修(第1号・第2号) 実地研修課程・講師養成課程 申込取りまとめ票(様式2-2)	1 部	<input type="checkbox"/>	
実地研修課程	第1号研修	平成29年度福岡県喀痰吸引等研修(第1号・第2号) 実地研修課程[第1号研修]申込書(様式2-3) ※第1号実地研修課程を受講する場合のみ。	枚	<input type="checkbox"/>	
		基本研修免除に関する書類 ※第1号実地研修課程を受講する場合のみ。 ※実務者研修の修了証書または、「医療的ケア」を受講していることが分かる書類の写しなど。	枚	<input type="checkbox"/>	
	第2号研修	平成29年度福岡県喀痰吸引等研修(第1号・第2号) 実地研修課程[第2号研修]申込書(様式2-4) ※第2号実地研修課程を受講する場合のみ。	枚	<input type="checkbox"/>	
		基本研修免除に関する書類 ※第2号実地研修課程を受講する場合のみ。 ※第2号研修の修了証明書や実務者研修の修了証書または、「医療的ケア」を受講していることが分かる書類の写しなど。	枚	<input type="checkbox"/>	
講師養成課程		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(様式7) ※講師確保のため、講師養成課程を受講する必要がある場合のみ。	枚	<input type="checkbox"/>	
		医師、保健師、助産師、看護師 の資格免許証の写し ※講師養成課程を受講する場合のみ。 ※准看護師は不可。	枚	<input type="checkbox"/>	
その他 (講師確保済みの場合)		実地研修の講師要件に該当する修了証の写し ※実地研修の講師が、既に講師要件を満たしている場合のみ。	枚	<input type="checkbox"/>	

※提出書類チェックリスト(本紙)の順番に書類を並べ、左上をホチキス留めた上で、簡易書留(角2封筒を使用)により送付してください。(持ち込み不可)

※申込書類の提出締切は、平成29年7月6日(木)【消印有効】となります。

法人名	
取りまとめ 施設・事業所等名称	
担当者名	
T E L	
F A X	