

令和7年度千葉県喀痰吸引等指導者養成講習受講申込書

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

【施設・事業所所在地】 〒

【施設・事業所名】

【代表者名】

【電話番号】

【FAX番号】

【担当者名】

令和7年度千葉県喀痰吸引等指導者養成講習について、次のとおり申込みます。

(フリガナ)			生年月日	性別
受講者氏名			年月日()歳	男・女
千葉県看護協会会員区分	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員	千葉県看護協会会員番号 *下記いずれかに○ 【manaaable登録】(あり・なし)		
受講者住所	〒			
受講者電話番号				
保有資格	医師 看護師 保健師 助産師 (※保有するものに「○」) 取得年月日: (西暦) 年月日 免許番号: ※保有資格の免許証(資格証)の写しを添付してください。			
実務経験 (R7.4.1 現在)	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 *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、喀痰吸引等の業務に関する通算従事期間 ()年()か月			
受講申込理由 該当するものに○	1. 登録研修機関において喀痰吸引等研修の講師となるため 2. 所属施設・事業所において、実地研修の指導者となるため 3. その他()			
演習希望日 該当するものに○	1. 令和8年2月18日(水) 2. 令和8年2月24日(火) 3. どちらでも可			

※募集状況によっては、演習日の御希望に添えないことがありますので、御了承ください。