

令和5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5年度千葉県喀痰吸引等指導者養成講習について、次のとおり申込します。

(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○ 【manaable登録】 (あり・なし)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						
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 (R5.4.1 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 ()								