**【研修No.225】令和7年度 喀痰吸引等京都府指導者養成研修(第1号・第2号研修)**

申込用紙(様式1)

**「指導看護師養成研修」受講申込書**

**下記二重線で囲まれた範囲をご記入ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日・年齢 |
| 氏　名 | 印 | （西暦）　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 |
| 看護協会会員の方は記入して下さい | 会員番号 | 施設番号 |
| 現在の勤務先  必ず連絡のつく  電話番号及び  オンデマンド講義URL送付のためのE-mailアドレスを明記 | 法人名 | 施設名 |
| 現在の職名（職位） | 事務担当者名 |
| 所在地：〒 | |
| TEL　　　　　　　　E-mailアドレス(携帯アドレス不可) | |
| 現在の勤務先  (施設種別)  該当するものに○ | １．特別養護老人ホーム　　　　　２．介護老人保健施設　　　３．有料老人ホーム  ４．認知症対応型グループホーム　５．障害者福祉施設　６．訪問介護事業者  ７．訪問看護ステーション　　　　８．介護療養型医療施設  ９．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 実務経験年数  等 | 看護職としての臨床等での実務経験年数  　（　　　　）年（　　　　）か月　＊准看護師としての経験年数は含めない  上記のうち、たんの吸引等の業務に関する従事期間  　　（　　　　）年（　　　　）か月  現在の勤務先における勤続年数  　　（　　　　）年（　　　　）か月 | |
| その他 | 施設における喀痰吸引等京都府指導者養成研修修了者の人数 　（　　　）人  施設における喀痰吸引が必要な対象者の年間人数　（　　　）人  施設における経管栄養が必要な対象者の年間人数　（　　　）人 | |
| 受講動機 |  | |
| 所属長の推薦理由 | 所属長　職位　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　印 | |

(　　　)名申込のうち、(　　　)番目

優先順位

|  |  |
| --- | --- |
| 受講の可否 |  |