

平成29年度千葉県喀痰吸引等指導者養成講習受講申込書

平成29年 月 日

千葉県知事 様

【施設・事業所所在地】 〒

【施設・事業所名】

【代表者名】

⑩

【電話番号】

【FAX番号】

【担当者名】

平成29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)		性別	男 ・ 女
受講者氏名			
生年月日・年齢	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 () 歳		
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 (H29.4.1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 ()		