

(別紙1)

宮城県介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)実施のための指導者養成事業  
(自己学習) 申込書

(平成 年 月 日現在)

ふりがな 氏 名	印	
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日生 ( ) 歳	
現在の勤務先	設置主体名	事業所名
	所在地：〒 TEL FAX	
現在の勤務先 種別	1. 都道府県庁 (1-1 本庁 1-2 保健所 1-3 病院・診療所) 2. 訪問看護ステーション 3. 病院・診療所 4. 障害者(児)サービス事業所(サービス種別 ) 5. 障害者(児)施設(施設種別 ) 6. 特別支援学校 7. 保育所 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 有料老人ホーム 11. 認知症(高齢者)グループホーム 12. 医療系大学・養成所 13. その他(具体的に )	
保有資格 該当するもの全てに○	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師	
免許	取得年月日：(西暦) 年 月 日 免許番号： ※医師については医師免許を、保健師、助産師、看護師については看護師免許を記載すること。	
職 歴	a. 医師としての臨床等での実務経験年数 ( ) 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こと。 c. 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	
登録研修機関の名称	仙台往診クリニック	
DVDの送付先	返却不要	

ご記入いただきました内容は、本事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。  
提出された文書については返却しませんので、予めご了承下さい。

看護師等→仙台往診クリニック