

令和8年度指導者講習の伝達講習 申込書

1 受講者及びその所属先について

|                          |                       |                 |            |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|------------|
| フリガナ                     |                       |                 |            |
| 受講者氏名                    |                       |                 |            |
| 生年月日(西暦)                 | _____年__月__日生(_____歳) | 性別              |            |
|                          | ※令和8年4月1日現在           | 男・女             |            |
| 資格                       |                       | 免許番号            |            |
| 通算臨床経験年数                 | _____年__か月            | 現在の施設・事業所での経験年数 | _____年__か月 |
| 所属している事業所の設置主体名(法人名)     |                       | 所属している施設名・事業所名  |            |
| 事業所所在地 (〒 _____ - _____) |                       |                 |            |
| 電話番号                     |                       | FAX番号           |            |
| 指導する介護職員等の氏名             |                       |                 |            |

2 現在の利用者の状況

※看護師の資格免許の写しを添付してください。

下記に記載してください。  
利用者がいない場合は0人としてください。

| 項目               | 対象利用者数 | 人工呼吸器装着者利用者数 |
|------------------|--------|--------------|
| 1 口腔内吸引利用者       | 人      | 人            |
| 2 鼻腔内吸引利用者       | 人      | 人            |
| 3 気管カニューレ内部吸引利用者 | 人      | 人            |
| 4 経管栄養           | 胃ろう利用者 | 人            |
|                  | 腸ろう利用者 | 人            |
|                  | 経鼻利用者  | 人            |

※これらの行為を必要とする利用者が現にいて、研修に協力する旨の同意が得られた場合に、実地研修を行うことができます。

## 令和8年度指導者講習の伝達講習 申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

## 1 受講者及びその所属先について

|                       |                          |                 |  |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|--|
| フリガナ                  | ハチノヘ ハナコ                 |                 |  |
| 受講者氏名                 | 八戸 花子                    |                 |  |
| 生年月日（西暦）              | 1974 年 3 月 30 日生（ 50 歳 ） |                 | 性別   |
|                       | ※令和8年4月1日現在              |                 | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> |
| 資格                    | 看護師                      | 免許番号            | 1265789  |
|                       | ※生年月日の記載誤りにご注意ください。      |                 |  |
| 通算臨床経験年数              | 10 年 0 か月                | 現在の施設・事業所での経験年数 | 5 年 3 か月   |
| 所属している事業所の設置主体名（法人名）  |                          | 所属している施設名・事業所名  |  |
| 社会福祉法人あおもり会           |                          | 特別養護老人ホームはちのへ荘  |  |
| 事業所所在地（〒 033 - 0031 ） |                          |                 |  |
| 八戸市桜町10丁目1-1          |                          |                 |  |
| 電話番号                  | 0178-00-0000             | FAX番号           | 0176-00-0001   |
| 指導する介護職員等の氏名          | 青森 五郎                    |                 |  |

## 2 現在の利用者の状況

※看護師の資格免許の写しを添付してください。

下記に記載してください。

利用者がいない場合は0人としてください。

| 項目               | 対象利用者数 | 人工呼吸器装着者利用者数 |
|------------------|--------|--------------|
| 1 口腔内吸引利用者       | 20 人   | 0 人          |
| 2 鼻腔内吸引利用者       | 10 人   | 0 人          |
| 3 気管カニューレ内部吸引利用者 | 2 人    | 0 人          |
| 4 経管栄養           | 胃ろう利用者 | /            |
|                  | 腸ろう利用者 |              |
|                  | 経鼻利用者  |              |
| 5                | 0 人    |              |

※これらの行為を必要とする利用者が現にいて、研修に協力する旨の同意が得られた場合に、実地研修を行うことができます。