（別紙１）

令和　　年　　月　　日

青森県知事　三村　申吾　殿

所属機関等名称：

職・氏名：　　　　　　　　　　　　印

令和４年度青森県喀痰吸引等研修の指導者養成事業（第三号研修）申込書

　私は、青森県が実施する「喀痰吸引等研修事業（第三号研修）」において、基本研修の講師及び実地研修の指導者として協力することとし、関係書類を添えて、本事業に申し込みます。

（別紙２）

喀痰吸引等研修の指導者養成事業（第三号研修）申込者調書

　　　　　　　　（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　印 |
| 生年月日・年齢 | 　　　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 |
| 現在の勤務先等 | 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（ｻｰﾋﾞｽ種別　　　　　　　　　　　　）５．障害者（児）施設（施設種別　　　　　　　　　　）６．特別支援学校　　　　　７．保育所・認定こども園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）ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ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：　　　　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　 |

ご記入いただきました内容は、本研修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。

（別紙３）

令和　　年　　月　　日

推　薦　書

当機関に所属する下記職員について、「喀痰吸引等研修の指導者養成事業（第三号研修）」による自己学習を修了し、青森県が実施する「喀痰吸引等研修事業（第三号研修）」において基本研修の講師及び実地研修の指導者として協力できる者として推薦します。

記

【推薦する職員】

職・氏名

青森県知事　三村申吾　殿

所属機関等名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印