

## 令和5年度福岡県喀痰吸引等研修（第1号・第2号） 講師養成課程申込書

取りまとめ施設・事業所等名：  
\_\_\_\_\_

## 1 受講希望者

希望 順位	氏 名	生 年 月 日	保 有 資 格 ※1	希望会場
1		( 昭和・平成 ) 年 月 日	医 師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師	福岡 ・ 北九州
2		( 昭和・平成 ) 年 月 日	医 師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師	福岡 ・ 北九州
3		( 昭和・平成 ) 年 月 日	医 師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師	福岡 ・ 北九州

※1 保有資格の免許証の写しを必ず添付してください。なお、看護師について准看護師は含みません。