

令和 4 年度介護職員等によるたんの吸引等研修事業（第一号研修・第二号研修）  
にかかわる演習及び実地研修指導看護師 調書及び承諾書

（ふりがな） 氏 名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生（ ）歳
勤 務 先 ※「施設所在地」については、[様式 1 号]と同じ場合は省略可能です。	施 設 名		
	施 設 所 在 地	〒	FAX
TEL			
勤 務 先 の 種 別	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 病院・診療所 (3-1 介護療養型医療施設 3-2 介護療養型医療施設以外) 4. 医療・看護系大学又は療養所 5. その他(具体的に： )		
保 有 資 格	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について、記載してください。		
「指導者養成講習」の修了状況	修了年月日： 年 月 日	修了証書番号：	
	修了証書発行機関： ※修了証書の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 今年度、指導者養成講習を受講予定の場合は（ <input checked="" type="checkbox"/> する）		
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 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		

介護職員等による喀痰吸引等研修における演習及び実地研修指導講師とし、  
受講（希望）者\_\_\_\_\_の指導及び評価にあたることを承諾します。  
す。

令和 年 月 日

指導看護師氏名

印