

喀痰吸引等研修にかかわる実地研修指導者調書及び承諾書

（ふりがな） 氏 名			
生 年 月 日	昭・平	年	月 日生（ ）歳
勤 務 先	施 設 名		
	施設所在地	〒 T E L F A X	
勤 務 先 のサービス 種 別			
保 有 資 格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
	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。 ※免許証の写しを添付してください。		
「指導者養成講習」又は「医療的ケア教員講習会」等の修了状況	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。		
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者とし、
 受講（希望）者（複数名可）_____の指導及び評価
 にあたることを承諾します。

令和 年 月 日

指導者氏名 _____ ㊞