喀痰吸引等研修における実地研修

指導看護師 調書及び承諾書

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな)氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 |
| 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 | 〒TEL　　　　　　　　　　　　 FAX |
| 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：　　　　　　　　　　　　)  |
| 保有資格及び免許 | 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　：※各種免許証（医師免許証、看護師免許証）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。 |
| 「指導者養成研修」及び「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、喀痰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（第一号・第二号研修）における演習・実地研修指導講師とし、指導及び評価にあたることを承諾します。

　　　年　　　月　　　　日

 指導看護師氏名 　　　　　　　　　　印