〔様式２号〕

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。	
「指導者養成講習」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、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（第一号・第二号研修）における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。

令和　　年　　月　　日

指導看護師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿