

(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 〒 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

印