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。

　　　年　　　月　　　　日

指導看護師氏名 　　　　　　　　　　印