

令和7年度佐賀県介護職員等による喀痰吸引等研修（不特定）
にかかわ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 | 昭和・平成 | 年 | 月 日生 () 歳 |
| 勤務先 | 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 | 1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 | | |
| 免許 | 取得年月日: 昭和・平成・令和 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。 免許の写しを添付してください。 | | |
| 「指導者講習」または「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。 <input type="checkbox"/> 今年度、指導者講習を受講予定の場合は☑する | | |
| 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実地研修指導講師とし、
受講（希望）者（氏名・複数可）

の指導及び評価にあたることを承諾します。

令和 年 月 日

指導看護師氏名