全課程・実地研修コース用

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。　　　　　　　　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