

令和8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