

喀痰吸引等研修に係る実地研修 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：〔昭和・平成〕 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。

令和 年 月 日

指導看護師氏名

印