

様式3

喀痰吸引等研修にかかわる演習及び実地研修
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 () 歳
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 です。	施設名		
	施設 所在地	〒	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:(西暦) 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。		
「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における演習及び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