

**喀痰吸引等研修(第二号研修)に係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	S・H 年 月 日 生 ( ) 歳		
勤務先	施設名		
	施設所在地	〒 一	
	TEL ( ) FAX ( )		
勤務先の種別	1. 障害者(児)サービス事業所及び施設 2. 特別養護老人ホーム 3. 老人保健施設 4. 病院・診療所 (4-1 介護療養型医療施設 4-2 介護療養型医療施設以外) 5. 医療・看護系大学又は療養所 6. 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	<b>※保有資格証書の写しを添付してください。(旧姓等の場合は、確認書類を追加してください。)</b> 取得年月日:(西暦) 年 月 日 免許番号 : <b>※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を記載してください。</b>		
「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:S・H 年 月 日	修了証書番号:	
	修了証書発行機関: <b>※修了証書の写しを添付してください。(旧姓等の場合は、確認書類を追加してください。)</b>		
職歴	<b>※【県指定様式】実地研修講師履歴書に記入提出をお願いします。</b> <b>注)実地研修担当科目欄は実地研修可能行為に○印記入</b> 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		

(公益財団法人)介護労働安定センター広島支部が開催する喀痰吸引等研修(第二号研修)における実地研修指導講師として指導及び評価にあたることを承諾します。

実地研修実施に当たり、演習に1日同席し実地研修実施要領の確認を行います。

令和 年 月 日

指導看護師氏名

印