

平成28年度 介護職員に対する喀痰吸引等研修

第3号(特定の者対象)研修 第1回 全課程

【基本研修(講義・演習)、知識獲得確認テスト、実地研修】

指導講師調書 及び 指導講師承諾書

社会福祉法人 翔の会

ふりがな 氏 名				印
生年月日・年齢	(西暦)	年	月	日生 ()歳
現在の勤務先	設置主体名	事業所名		
	所在地：〒			
	TEL	FAX		
現在の勤務先の事業所種別				
保有資格	1. 医師	2. 保健師	3. 助産師	4. 看護師 該当
免 許	取得年月日：(西暦)	年	月	日
実地研修 指導内容 (該当を○)	口腔内の喀痰吸引			
	鼻腔内の喀痰吸引			
	気管カニューレ内部の喀痰吸引			
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養			
	経鼻経管栄養			
職 歴	名 称	業 務 内 容		従事期間(年月)
	第三号研修 (特定の者対象) 伝達講習 受講確認	研修機関 機関： 年月： 年 月 日付		

平成 年 月 日

貴研修機関の研修指導講師の就任を承諾いたします。

指導者氏名

印

保有免許証の写し及び指導者育成講習を修了している場合には、修了証明書の写しを添付して下さい。