

平成29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			
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 免許番号：		
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。