

**喀痰吸引等研修(特定の者対象) 実地研修  
指導者 履歴書 及び 就任承諾書**

指導者氏名		性別	男・女	
生年月日				
勤務先の名称				
連絡先電話番号				
保有資格	1. 医師    2. 保健師    3. 助産師    4. 看護師			
実地研修の内容	研修受講者氏名			
	研修協力者(対象となる利用者)氏名			
	実施内容(該当するものに○)	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・講師歴	名称	業務内容	期間 (年)	
	-----			
	-----			
	-----			
	合計			
その他の資格	名称	取得機関		
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			

上記のとおり相違ありません。

平成    年    月    日

また、この実地研修の指導者に就任することを承諾します。

指導者氏名

印

1 免許の写し、また次の講習を修了している場合は修了証明書を添付してください。

「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業(特定の者対象)について」(平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)に定める指導者養成事業

2 「保有資格」欄に記載する資格の中に該当するものがあれば、その番号に「○」を記載してください。