全17障福(　05・06・08・09・11・01)特－４

　2017年度神奈川県委託「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業」

第３号（特定の者対象）研修　第（　　）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**

**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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | |  | | | | | |
| 生年月日・年齢 | | （和暦）　昭和　/　平成　　　　　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　　　該当に○ | | | | | |
| 免　許 | | 取得年月日：（和暦）　　　　年　　　月　　　日  免許番号： | | | | | |
| 職　歴 |  | 名　称 | | 業 務 内 容 | | | 従事期間（年月） |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
| 指導者養成  伝達講習  受講確認 | 受講年月日 | | 講習名 | | | 修了証発行機関名 | |
|  | |  | | |  | |
| □平成29年度　伝達講習受講予定 | | | | | | |

※　指導者育成講習を修了している場合は、修了証明書の写しを添付して下さい。

　これから指導者育成講習を受講される方は、修了証明書の代わりに保有免許状の写しを添付してください

特定非営利活動法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会