全19障福(　05・06・09・11・01)特－４

　2019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**

**年　　月　　日**

◯貴研修機関の実地研修指導講師の就任を承諾いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（必須） |
| 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○ |

**※　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されている看護師免許証等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