県障福Ｈ2721特３(2)－４共通

第三号（特定の者対象）　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**全課程

**指導講師調書　及び　指導講師承諾書**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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（該当を〇） | 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 | □平成23年11月23日（３号）□平成23年10月15・16日：中央□平成24年01月22日（３号）□平成24年7月7・8日：中央□平成24年9月2日（３号）□平成24年10月7・8日（1・2号）□平成25年5月26日□平成25年8月20日 | □平成25年12月22日□平成26年6月21・28日□平成26年9月28日・10月19日□平成26年11月3・9日□平成27年1月31日・2月8日予定□他の研修機関(年月：　　　　　　　　　　　　)(機関：　　　　　　　　　　　　) |

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養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。