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。