県障全16(　05・06・08・09・11・01)特－４

神奈川県委託　2016年度「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業」

【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 | （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　　　該当に○ |
| 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） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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28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