県障福Ｈ2611特３(1)－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　１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　□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。