県障福Ｈ2711特３(3)－４共通

神奈川県委託　平成２７年度「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業委託」

　**【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**

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 | 【フュージョンコムでの研修】□平成２３年：中央 / 第1・2 号 / 第３号□平成２４年：中央 / 第1・2号 / 第３号□平成２５年：□平成２６年： | □平成２７年：□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育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。