

(様式5)

第3号 特定の者対象 指導講師調書及び指導講師承諾書

ふりがな 氏名	印		
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○)	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 *直近の3つまで	名称	業務内容	従事期間(年月)
第三号研修(特定の者対象) 指導者育成伝達講習等について (該当事項に☑と記入)	<input type="checkbox"/> 研修機関の伝達講習を受講 (年月：) (機関：)	<input type="checkbox"/> 研修DVDによる自己学習 (年月：) ※DVDが必要な方は当協会までお問い合わせ下さい。	

令和 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