（別紙様式２）

喀痰吸引等研修　実地研修講師履歴書

ふりがな		性　別	男　・　女
氏　　名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
保有資格	１．医師　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師 修了した指導者講習会名：		
勤 務 先	法 人 名： 事業所名： 所 在 地：〒　　－ TEL　　FAX		

実地研修	指　導　項　目	指導する行為
	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	勤務先	業　務　内　容	従事期間
			年　　月
			年　　月
			年　　月
			年　　月
	合　計		年　　月

その他の資格	名　称	取　得　機　関	所得年月日

備　考

１．講師ごとに作成し、正看護師免許の写しを添付してください。

２．「保有資格」欄に記載する資格は、該当する番号に「○」を記載してください。
　また、修了した指導者講習会等の名称を記載してください。

３．「指導する行為」欄には、該当する行為に「○」を記載してください。

４．「職歴」欄には、医師、保健師、助産師、看護師としての臨床等での経験年数を記載してください。
（准看護師としての経験年数は含めないでください。）