

(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	取 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。)