|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。）