

喀痰吸引等登録研修（第三号研修）講師資格申立書

大阪府知事 様

私 _____ は、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成 23 年 9 月 14 日障発 0914 第 2 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）に定める指導者養成研修事業を修了した者に相当する知識及び技能を厚生労働省が提示する介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）の研修資料及び動画により習得していることを申し立てます。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

(様式①)

喀痰吸引等研修 研修講師履歴書

勤務先登録研修 機関の名称		社会福祉法人大阪府社会福祉事業団	
氏名		性別	男・女
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		
担当 科目 Ⅱ	基本研修	重度障害児・者等の地域生活に関する講義	
		喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義	
		緊急時の対応及び危険防止に関する講義	
		喀痰吸引等に関する演習	○
	実地研修 (行う項目に○をつけてください)	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 ・ 講 師 歴	名 称	業務内容	在籍年数
	合 計		年 月
そ の 他 の 資 格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

- 備考 1 講師毎に作成し「就任承諾承諾書」「免許証の写し」講習会を受講している場合は、修了した各講習会の「修了証の写し」または「講師資格申立書」を添付してください。
- 2 「保有資格」欄に記載する資格の中に該当するものがあれば、その番号に「○」を記載してください。

(様式⑫)

喀痰吸引等研修機関 社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団

研修講師就任承諾書

私は、喀痰吸引等研修機関 社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団の
研修講師として就任することを承諾いたします。

平成 年 月 日

住 所 : _____

氏 名 : _____ ⑩