

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定の者対象）

喀痰吸引等研修 研修講師履歴書及び 就任承諾書

勤務先登録研修 機関の名称		白寿会研修センター		
ふりがな 氏名			性別	男 ・ 女
生 年 月 日		S・H 年 月 日生		
保 有 資 格		1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
担 当 科 目 I	基本研修	講 義	人間と社会（※1）	
			保健医療制度とチーム医療（※1）	
			安全な療養生活	
			清潔保持と感染予防	
			健康状態の把握	
			高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」概論	
			高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説	
			高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論	
			高齢者及び障害児・者の「経管栄養」実施手順解説	
			演 習	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			
	救急蘇生法			
	人工呼吸器装着者への喀痰吸引			
	実地研修	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				
人工呼吸器装着者への喀痰吸引				

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（※1）	
		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	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	年 月～ 年 月
	合	計		
そ の 他 の 資 格	名	称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

上記のとおり相違ありません

また当該研修の講師として就任することを承諾します。

年 月 日

所属施設・事業所： _____

講師氏名： _____

備考1：「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。

備考2：免許の写し、また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明書の写しを添付してください。

*指導看護師に関する免許・修了証を提示ください。