

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	業 務 内 容	在 籍 年 数
	合 計		年 月
そ の 他 の 資 格	名	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。