

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			
	実地研修	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				
実地研修	演習	人工呼吸器装着者への喀痰吸引		
		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		
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		

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	
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。

平成 年 月 日

所属施設・事業所： _____

講師氏名： _____ ⑩

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。