様式　Ｄ

登録研修機関

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会用

令和　　年　　月　　日

**喀痰吸引等研修　実地研修指導講師調書・承諾書**

必要事項に記入の上、承諾書に押印のうえ、修了書の写しを必ず添付して提出のこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指導講師名 | 実地研修の指導講師を承諾致します  　氏　名 | |
| 現在の勤務先 | 設置主体名 | 事業所名 |
| 所在地　〒  TEL FAX | |
| 保有資格 | １医師　　　　２看護師（正看護師）　　　３助産師 | |
| 指導を受け持つ受講者氏名 | | |
| 指導看護師に関する養成研修事業、指導看護師伝達研修、医療的ケア講習会の修了状況（いずれも３号研修対象は不可）    　修了証書発行機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・修了書の写しを添付のこと | | |