

介護職員などによるたんの吸引等実施のための研修（不特定多数の者対象）

研修講師履歴書 及び 就任承諾書

登録研修機関の 名 称	大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター			
氏 名		性別	男・女	
生 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	基本研修	講 義	人間と社会	
			保健医療制度とチーム医療	
			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			

* 実地研修を行う項目に○を記載してください。

職 歴 ・ 講 師 歴	名 称	業 務 内 容	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 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。