

喀痰吸引等研修 研修講師履歴書

氏 名	印	性別	男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日生 ()歳		
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
勤務先	設置主体名(法人名)	事業所名	
	所在地:〒		
	TEL	FAX	
実地研修	指導項目	指導する行為	
	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		
	人工呼吸器装着者の吸引		
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
	経鼻経管栄養		
職歴	勤務先	業務内容	従事期間
			年 月間
			年 月間
			年 月間
			年 月間
	合 計		年 月間
その他の資格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

備考

- 1 講師毎に作成し、正看護師免許の写しを添付してください。
- 2 「保有資格」欄に記載する資格は、該当する番号に「○」を記載してください。
- 3 「職歴」欄には、医師、保健師、助産師、看護師としての臨床等での経験年数を記載してください。
(准看護師としての経験年数は含めないこと。)
- 4 「指導する行為」欄には、該当する行為に「○」を記載してください。