

(様式5)

第三号 (特定の者対象) 指導講師調書 及び 指導講師承諾書

日本 ALS 協会 神奈川県支部

ふりがな 氏 名			
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日生 () 歳		
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 の事業所種別			
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 該当に○		
免 許	取得年月日：(西暦) 年 月 日 免許番号：		
実地研修 指導内容 (該当を○)	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	名 称	業 務 内 容	従事期間 (年月)
	第三号研修 (特定の者対象) 指導者育成伝達講習 等について (該当事項に☑と記入)	<input type="checkbox"/> 研修機関の伝達講習を受講 (年月：) (機関：)	<input type="checkbox"/> 研修DVDによる自己学習 (年月：) ※DVDが必要な方は当協会まで お問い合わせ下さい。

平成 年 月 日

貴研修機関の研修指導講師の就任を承諾いたします。

指導者氏名 _____ 印

※ 保有免許証の写し及び指導者養成講習を修了している場合には、修了証明書の写しを添付して下さい。