（実施要綱　別紙３）

**喀痰吸引等研修 研修講師履歴書**

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先登録研修機関の名称 |  |
| 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（※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 |  |
| 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（滴下型） |  |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形） |  |
| 経鼻経管栄養 |  |
| 人工呼吸器装着者への喀痰吸引 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 指導者向け研修 | 名　　　　　　称 | 　　　　　研　修　機　関　等 | 修 了 年 月 日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考１　講師毎に作成し、就任承諾書及び免許の写し（保健師、助産師、看護師にあってはそのいずれか１つでも可）また指導者向け研修について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。

　　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。

　　３　担当する各科目に「○」を記載してください

４　（※１）については、相当の学識経験を有する者を講師として差し支えありません。

５　「業務内容」欄には、「脳外科病棟における看護業務」等、具体的な業務内容を記載してください。