

平成30年度第2回 東京都介護職員等によるたんの吸引等研修事業（不特定多数の者対象）
指導看護師調書【指導看護師研修受講希望者用】

氏名【漢字】・ふりがな・生年月日等は必ず、本人に確認のうえ、間違えのないよう記入してください

保有資格は必ず、該当箇所○を付けてください。
「准看護師」は認められません。
臨床等での実務経験が3年以上必要となります。

臨床等における実務経験年数は、実務に従事してからの通算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ません。)

ふりがな 氏 名	とうきょう はなこ 東京 花子		
生年月日・年齢	(昭和) 平成)	47	年 月 日生
保有資格(該当箇所○)	1. 医師	2. 正看護師	3. 助産師
臨床等における実務経験年数	15	年	○
現在の勤務先	(法人名)	(事業所名)	
	社会福祉法人 東京福祉会	特別養護老人ホーム 東京	
	〒163-0718 東京都新宿区西新宿2丁目7番0号 TEL : 03-3344-86×× FAX : 03-3344-85××		

No.	2
ふりがな	

①指導看護師が不在のため、「指導看護師研修」の受講を希望する場合
「様式3-1」のみ作成してください。
※「指導看護師研修」のみの研修申込を行うことはできません。
実地研修を都が指定する施設で行うことを希望する場合は、作成する必要はありません。
受講希望者は2名以内となります。
介護職員の方が受講決定された場合、指導看護師研修の「**受講対象者**」となります。
研修は、30年11月28日(水)、29日(木)の2日間を予定しています。

②すでに指導看護師は在籍しているが、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する場合
実地研修の指導・評価を担当する予定の「指導看護師研修修了者」を「様式3-2」に記載するとともに、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する看護師を「様式3-1」記載して提出してください。
※「様式3-1」及び「様式3-2」の両方の提出が必要となります。

TEL :	FAX :
-------	-------

※記入漏れ・誤りのないようお願いします。氏名【漢字】・「ふりがな」・生年月日等は、必ず本人に確認のうえ、記載してください。
「臨床等における実務経験年数」は、実務に従事してからの通算年数（准看護師としての経験年数は含めない）を記載してください。
申込は2名以内となります。
「指導看護師研修」のみの研修申込はできません。