

令和3年度 第1回東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（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。)

No. 1	
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 8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) 社会福祉法人 東京福祉会 (事業所名) 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、令和3年9月28日(火)、29日(水)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。