

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【指導看護師研修修了者用】

保有資格は必ず、該当箇所○を付けてください。

1	ふりがな 氏 名	しんじゅく たろう 新宿 太郎	性別	男・女
	生年月日・年齢	(昭和・平成) 〇〇年 3 月 〇△日生 (××) 歳		
	保有資格(該当箇所○)	1. 医師 2. 正看護師 3. 助産師 4. 保健師		
	指導看護師研修履歴 (該当箇所○又は記入してください)	1. 国の喀痰吸引等指導者講習又は都(財団主催)の指導看護師研修修了者・修了証明書番号(第28-31-111号) 2. 他県主催の喀痰吸引等指導看護師研修修了者(第1号、第2号研修該当) 3. 平成23年10月28日社援発1028第3号に定める「医療的ケア教員講習会」修了者		
	所属事業所(該当箇所○又は記入してください)	1. 自施設 2. 法人内他事業所(事業所名:)		
	ふりがな 氏 名	おおくぼ はなこ 大久保 花子	性別	男・女
	生年月日・年齢	(昭和・平成) 〇〇年 5 月 〇〇日生 (××) 歳		
	保有資格(該当箇所○)	1. 医師 2. 正看護師 3. 助産師 4. 保健師		
	指導看護師研修履歴 (該当箇所○又は記入してください)	1. 国の喀痰吸引等指導者講習又は都(財団主催)の指導看護師研修修了者・修了証明書番号(第- -号) 2. 他県主催の喀痰吸引等指導看護師研修修了者(第1号、第2号研修該当) 3. 平成23年10月28日社援発1028第3号に定める「医療的ケア教員講習会」修了者		
	所属事業所(該当箇所○又は記入してください)	1. 自施設 2. 法人内他事業所(事業所名: 特別養護老人ホーム 西東京)		

- ①修了した「指導看護師研修履歴」のいずれかに○を付けてください。
- ②国又は東京都(財団)主催の指導看護師研修を平成23～令和元年度に修了した方は、修了証明書の修了番号を記載してください。
- ③2又は3に該当する方は、必ず「修了証明書」のコピーを添付してください。

①すでに指導看護師が複数在籍等しているため、「指導看護師研修」の受講が必要ない場合

「様式3-2」のみ作成してください。

※実地研修の指導・評価を担当する予定の「指導看護師」全員の記載が必要となります。

修了者は、「指導看護師研修履歴」欄に示す研修を修了した看護師のみ対象となります。

「指導看護師研修履歴」欄の2、3に該当する方は、必ず「修了証明書」のコピーを添付してください。

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。

以下に示す研修の修了者は、本研修(不特定多数の者対象)の指導看護師には該当しませんので、新たに財団主催の「指導看護師研修」等を受講・修了する必要があります。

※上記の「指導看護師研修履歴」の2、3に該当する方は、必ず「修了証明書」

※指導看護師研修修了者には、以下の研修修了者は該当しません。

- ①「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修会」に基づく指導看護師(施設内14時間研修に対応)
- ②特定の者対象のたんの吸引研修(第3号研修)における「指導看護師(DVDの視聴及びアンケート提出による)」修了者。(東京都及び他県の登録研修機関を含む)
- ③公益財団法人日本訪問看護財団が主催する「在宅での喀痰吸引・経管栄養管理 第3号研修における実地指導者の養成セミナー」の修了者

修了者が4名以上の場合は、コピーして使用してください。