# 令和８年度
# 滋賀県喀痰吸引等第三号研修　指導看護職員研修受講終了届

**記載日：　　年　　月　　日**

| | | |
|---|---|---|
| **法人名** | | |
| **事業所名** | （種別：　　） | |
| **事業所代表者名** | | |
| **事業所連絡先** | 住所（〒　　－　　）<br><br>電話番号：　　ＦＡＸ番号：<br>メールアドレス： | |
| ふりがな<br>**指導看護職員　氏名** | | 生年月日<br>年　　月　　日<br>（　　歳） |
| **保有資格** | Ｉ．医師　（取得年月日　　・免許番号　　）<br>２．保健師（取得年月日　　・免許番号　　）<br>３．助産師（取得年月日　　・免許番号　　）<br>４．看護師（取得年月日　　・免許番号　　） | |
| **確認欄**<br>**（☑チェックを入れてください）** | □　開催要項に示された下記の動画をすべて視聴し、テキストを確認し、内容について十分に理解したので、実施研修の指導をすることができる。<br><br>動画Ｉ：「第Ｉ章　重度障害児・者等の地域生活等に関する講義」<br>動画２：「第２章　喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義緊急時の対応及び危険防止に関する講義」<br>動画３：「第３章　喀痰吸引等に関する演習」<br>動画４：「喀痰吸引等第三号研修　指導看護師職員研修」<br>テキスト：「喀痰吸引等研修指導者マニュアル 第三号研修（特定の者対象）」 | |