

介護職員等によるたんの吸引等第三号研修実地研修（基本研修の現場演習含む）
指導者実施承諾書

平成 年 月 日

仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎 様

指導事業所名 _____

住所 _____

電話番号 _____

事業所の長 _____ ㊟

標記研修について、次の研修受講者に対し、特定の利用者ごとに指導することを承諾します。

実施にあたり、仙台往診クリニックより依頼書及び評価票等の送付を受けた後、介護職員へ研修を実施し、報告致します。

1. 基本研修（現場演習）及び実地研修を行う受講者並びに特定の利用者及び看護職名

研修受講者氏名	特定の利用者氏名	指導予定看護職氏名	指導者資格
			<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
			<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
			<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
			<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定

2. 実地研修予定期間（おおよその期間で結構です）

平成 年 月 日 ～ 年 月 日

※指導者資格取得予定の方へ

自己学習用DVDの送付 ⇒ 希望あり 希望なし

訪問介護事業所より実地指導者へ依頼→実地指導事業所記入→介護事業所が原本を受け取り、写しを訪問介護事業所保管
→原本を仙台往診クリニックへ