※管理番号

**（一社）日本ALS協会岩手県支部**

様式6

**介護職員等医療的ケア第3号研修指導者養成講習（自己学習）**

**実施報告書（FAX提出で可）**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

日本ALS協会岩手県支部　　支部長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　（受講者）

住所：

氏名：　　　　 　　　　　　　　　　　　　印

勤務先名：

勤務先住所:

私は、介護職員等の医療的ケア第3号研修（特定の者対象）の講師および指導者になるため、

DVDを視聴し、「喀痰吸引研修指導者マニュアル第3号研修（特定の者対象）」で、自己学習を行い、介護職員等の研修受講者に対して教授する「喀痰吸引」及び「経管栄養」の指導内容を習得しましたので報告します。

※【研修事務局記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者管理NO. | 書類受理日　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　印 |

受講生の所属事業所より実地研修指導事業所へ依頼→実地研修指導事業所記入→原本を保管→写しを日本ALS協会岩手県支部