（参考様式３）

研修講師一覧表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講　師　氏　名 | 保有資格、研修講師向け講習会修了状況 | | | | |
|  | 保有資格 | １．医 師　 ２．保健師　 ３．助産師　 ４．看護師 | | | |
| 修了した講習会 | 講　習　会  受講機関等 |  | | |
| 生年月日  　 　　年　　月 　 日 | 講習会名  (以下参照) |  | 講習会修了日 | 年　　月　　日 |
|  | 保有資格 | １．医 師　 ２．保健師　 ３．助産師　 ４．看護師 | | | |
| 修了した講習会 | 講　習　会  受講機関等 |  | | |
| 生年月日  (　　　年　　月 　日) | 講習会名  (以下参照) |  | 講習会修了日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 保有資格 | １．医 師　 ２．保健師　 ３．助産師　 ４．看護師 | | | |
| 修了した講習会 | 講　習　会  受講機関等 |  | | |
| 生年月日  (　　　年　　月 　日) | 講習会名  (以下参照) |  | 講習会修了日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 保有資格 | １．医 師　 ２．保健師　 ３．助産師　 ４．看護師 | | | |
| 修了した講習会 | 講　習　会  受講機関等 |  | | |
| 生年月日  (　　　年　　月 　日) | 講習会名  (以下参照) |  | 講習会修了日 | 年　　　　月　　　　日 |

(備考１) 保有資格欄は、講師要件に係る資格の番号に「○」を記載してください。

(備考２) 講習会名欄は、以下に該当する番号を記入してください。

① 平成22年度に厚生労働省から委託を受けて実施された「介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）」における指導者講習（平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）

②　平成23年度に実施された「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（指導者講習）の開催について」(平成23年８月24日老発0824第１号老健局長通知)による指導者講習

③　「平成24年度喀痰吸引等指導者講習（第一号、第二号研修指導者分)の開催について」（平成24年５月18日社援基発0518第１号社会・援護局福祉基盤課長通知)による指導者講習

④　「実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会の実施について」(平成23年10月28日社援発1028第３号厚生労働省社会・援護局通知）に定める医療的ケア教員講習会

⑤　都道府県が実施する喀痰吸引等研修（指導者向け研修)

(備考３) 研修講師の資格証の写し、研修講師向け講習会の修了証の写しを添付してください。