

介護職員等による喀痰の吸引等第三号研修実地研修(基本+研修の現場の演習含む)

指導者実施承諾書

平成 年 月 日

株式会社オールスター・Lab 御中

指導事業者名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

事業所の長 \_\_\_\_\_ 印

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、オールスター・Lab 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

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、写しを介護事業所保管 ⇒ 原本を株式会社オールスター・Lab へ