

介護老人保健施設アルカディア喀痰吸引等研修（第 3 号研修）

指導看護師等就任届出書

私は、令和元年度社会医療法人仁愛会 介護老人保健施設アルカディアの喀痰吸引等研修（第 3 号研修）において、下記の受講者と利用者で行われる実地研修の指導看護師等に就任することを承諾します。

令和 年 月 日

社会医療法人仁愛会介護老人保健施設アルカディア 施設長 殿

指導看護師等事業所： _____

所属長氏名： _____

指導看護師等氏名（自筆）： _____ ㊞

記

※以下は受講者所属事業所にて記載のこと

受講者名	利用者名	実地研修を行う行為の種別（実施する行為に○）				
		口腔内	鼻腔内	気管 カニューレ	胃ろう 腸ろう	経鼻