

原本を財団へ提出してください。

事業所 ID

】

様式 2

(指導看護師派遣事業所記入)

平成30年度第2回東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
(特定の者対象) 指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、(乙)の介護職員等が、公益財団法人東京都福祉保健財団(以下「財団」という。))が実施する標記研修において、下記「誓約書」に基づき実地研修を行う際に、指導看護師(DVD視聴・アンケート提出者)を派遣し、実地研修の指導及び評価(評価票作成含む)を行うことを承諾します。

平成30年 7月 9日

法人名 医療法人社団●●会

事業所名 訪問看護ステーション●●

(甲) 事業所代表者氏名 飯田橋 五郎

事業所住所 〒102-0072 千代田区●●●1-1-1

担当者氏名 東京子 電話番号 03-3344-XXXX

指導者養成研修用教材(DVD・教本)の要・不要 ※○をつけて下さい

必要

不要

教材は無料です。必ずどちらかに○をしてください。

(研修申込事業所等記入)

平成30年度第2回東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
(特定の者対象) 指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書」

当事業所は、標記研修に係る実地研修において、実地研修の指導及び評価を(甲)へ依頼するにあたり、以下のことを誓約します。

- 1 実地研修受講者は標記研修の受講決定をされた介護職員等です。
- 2 本研修は、今後、当事業所職員が利用者にたんの吸引等を適切に実施するために受講するものです。
- 3 実地研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を財団に報告し、必要な措置を講じていただきます。
- 4 本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、協力指導看護師派遣事業所名を特定しなければならないので、東京都(財団経由)に報告しますが、それ以外は事業所名が分かることは記載しません。
- 5 実地研修中はもちろん、研修後においても、貴事業所が不利益になることはいたしません。

平成30年 7月 5日

法人名 特定非営利活動法人 新宿西会

事業所等名 重度訪問介護事業所東京ホーム新宿西

(乙) 事業所代表者氏名 福祉 一郎

事業所住所 〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1

担当者氏名 保健 太郎 電話番号 03-3344-8629

※作成したものを2通コピーし、1通を(甲)で保管、もう1通を(乙)に渡し、原本を財団に提出してください。