

【指導看護師派遣事業所記入】

令和3年度 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（不特定多数の者対象） 実地研修
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(所定の指導看護師研修修了者)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。

また、「不特定多数の者対象の実地研修」の指導及び評価（評価票作成を含む）に際して、「評価票作成に対する謝金」の支払がないことを理解の上、承諾します。

年 月 日

法人名 _____

事業所名 _____

(甲) 事業所代表者氏名 _____ 施設印

事業所住所 〒 _____

担当者氏名 _____ 電話番号 _____

【研修申込事業所等設記入】

令和3年度 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（不特定多数の者対象）
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、基本研修（講義・演習）を修了し、標記研修の受講決定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かつ安全に実施するために受講するものです。
- 3 実地研修において万が一事故が発生した場合は、速やかに対応するとともに、その状況を財団に報告し、財団より東京都へ連絡の上、必要な措置を講じます。
- 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。
- 6 実地研修期間は、実地研修開始日から概ね3ヶ月以内とします。（延長申請後、都から承認された場合、開始日から最長6ヶ月以内の延長が可能となります）
- 7 実地研修で実施する予定の行為等は、以下のとおりです。

喀痰吸引等 (特定行為)の種別 実施する行為に☑ を記入	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（通常手順）	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（通常手順）	（半固形栄養剤を含む）
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引(通常手順)	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養経管栄養

年 月 日

法人名 _____

事業所名 _____

(乙) 事業所代表者氏名 _____ 施設印

事業所住所 〒 _____

担当者氏名 _____ 電話番号 _____