

【指導看護師派遣事業所記入】

**原本を財団へ提出してください。**

**「喀痰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」**

「評価票作成に対する謝金」の支払いはありません。

当事業所は、(乙)の介護職員等が、公益財団法人東京ホーム新宿西会（以下「財団」という。）の「実地研修」の標記研修において、下記「誓約書」に基づき実地研修を行うための指導看護師を派遣し、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。

令和3年 4月20日

法人名 医療法人社団●●会

施設印又は  
代表者印（私  
印を除く）

実地研修を、利用者の居宅等で別法人等の訪問看護事業所と連携して行う場合は、双方にて署名・捺印のうえ、必ず提出する必要があります。

複数の訪問看護事業所と連携して行う場合は、それぞれの「承諾書」を作成・提出する必要があります。

作成した「承諾書」のコピーを2通作成し、【甲】、【乙】でそれぞれ一通ずつ保管し、必ず「原本」を財団に提出してください。

代田区●●●1-1-1

電話番号 03-3344-XXXX

【研修申込事業所等設記入】

**「喀痰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と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、必ず「指導看護師派遣事業所」を特定しなければなりません。そのため、東京都（財団経由）に報告しますが、必ず「指導看護師派遣事業所」を特定しなければなりません。
- 5 実地研修中はもちろん、研修後においても、必ず「指導看護師派遣事業所」を特定しなければなりません。
- 6 実地研修期間は、実地研修開始日から概ね6ヶ月以内とし、必要に応じて、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。

実地研修を行う予定の行為を選択してください。  
「喀痰吸引」に対する実地研修は、「通常手順」のみとなり、人工呼吸器装着者に対する実地研修は、対象外となります。

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

令和3年 4月20日

法人名 特定非営利活動法人 新宿西会

事業所名 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-X-0

担当者氏名 保健 太郎

電話番号 03-3344-860X

施設印又は  
代表者印（私  
印を除く）