

【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。

訪問看護ステーション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。

令和4年10月25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

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。

【研修申込事業所記入】

訪問看護ステーション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「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。

【書類取り交わしの際の留意点】

訪問看護事業所所属の指導看護師により実地研修を行った場合、当財団からの「訪問看護事業所」への「評価票作成に対する謝金」の支払は一切ありませんので、ご注意ください。

- 1 実地研修受講者は、基本研修（講義・実習）を受講した者とする。
- 2 本研修は、今後、当事業所職員が利用者の居宅等で実施する。
- 3 実地研修において万が一事故が発生した場合、当事業所は、速に財団より東京都へ連絡の上、必要な措置を講ずる。
- 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、東京府・東京都・神奈川県・大阪府・兵庫県・福岡県・沖縄県以外の事業所名を記載しない。
- 5 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。
- 6 実地研修の開始日から最長1年以内に行う。
- 7 実地研修の終了後、都から承認された場合、開始日から最長1年以内に行う。

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

令和4年10月25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-O

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)