

# 承 諾 書

(実地研修を都受入先施設で希望する場合)

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 殿

わたしは、「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）」の申込に際し、下記事項について確認し承諾いたします。

記入日 年 月 日

受講希望者所属事業所名： \_\_\_\_\_

所属施設代表者名： \_\_\_\_\_ 印

受講希望者氏名： \_\_\_\_\_ 印

各確認事項について必ずお読みください。確認欄に☑を記入の上、署名・押印をお願いいたします。

No.	確 認 事 項	確認欄
1	実地研修を1行為以上自施設、同法人内他事業所又は利用者の居宅等で実施できる場合は「都受入先施設」への申込はできません。	
2	基本研修（講義・演習）から受講する者以外は「都受入先施設」への申込はできません。	
3	介護福祉士養成課程（養成施設、実務者研修、福祉系高校等）において「医療的ケア（講義及び演習）」を履修・修了している者は、「都受入先施設」への申し込みはできません。	
4	「都受入先施設」では、「口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」の3行為以外の実地研修は行えません。	
5	「口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引」については「通常手順」以外の実地研修は行えません。	
6	受入枠が少人数のため、希望者多数の場合は受講できない場合があります。	
7	今後の新型コロナウイルス感染症の拡大状況等により、受入先施設での受入が困難となり、実地研修が中止となった場合、実地研修は未修了となり、基本研修（講義・演習）のみの修了となります。	

※ 承諾書の提出がない場合は受付できません。