

令和7年度第4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)

(指導看護師派遣事業所記入)

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（動画視聴・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。また、評価票作成に対する謝金は、以下の内容で承諾します。

金額：指導及び評価 1組あたり9,500円（税込）

※支払い対象は、実地研修を修了し、その修了証明書が交付された組のみ

※施設系サービス等における自施設に所属している看護師等が指導し評価票を作成した場合は対象外

支払方法：修了証交付後、指定口座へ振込

令和 年 月 日

法人名：_____

事業所名：_____

(甲) 事業所代表者氏名：_____ 事業所印

事業所住所：〒 _____

担当者氏名：_____ 電話番号_____

謝金の支払い 希望する 辞退する ※○をつけて下さい

【指導者養成研修について】

指導者養成研修未修了者には、養成研修として「研修指導者マニュアル及び研修用動画」を視聴し、「指導者養成報告書（チェックリスト）」をご提出いただく予定です。

（※ 「研修指導者マニュアル及び研修用動画」及び「指導者養成報告書（チェックリスト）」は、令和8年2月中～下旬頃周知いたします。）

(研修申込事業所等記入)

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。

令和 年 月 日

法人名：_____

事業所等名：_____

(乙) 事業所代表者氏名：_____ 事業所印

事業所住所：〒 _____

担当者氏名：_____ 電話番号_____

※作成したものをコピーし、原本を(乙)で保管、コピーを(甲)に渡し、原本データをアップロードしてください。

原本データ（写真データまたはPDF）を

研修予約システムにアップロードしてください。

する標記研修において、下記「旨約書」に基づき実地研修を行つ際には、指導看護師（指導者養成研修用動画視聴・アンケート提出者）を派遣し、実地研修の指導及び評価を実施します。また、評価票作成に対する謝金は、以下の内容で承諾します。

謝金の取扱についてご確認の上、
○を記入して下さい。

金額：指導及び評価 1組あたり9,500円（税込）

※支払い対象は実地研修を修了し、その修了証明書が交付された組のみ

※施設系サービス等における自施設に所属している看護師等が指導し評価票を作成した場合は対象外

支払方法：修了証交付後、指定口座へ振込

令和7年12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●●

事業者印

（甲）事業所代表者氏名：飯田橋 五郎

事業所印

事業所住所：〒102-0072 千代田区●●●1-1-1

担当者氏名：神楽一郎 電話番号：03-3333-0000

謝金の支払い

希望する

・ 辞退する

※○をつけて下さい

【指導者養成研修について】

指導者養成研修未修了者には、養成研修として「研修指導者マニュアル及び研修用動画」を視聴し、「指導者養成報告書（チェックリスト）」をご提出いただく予定です。

（※「研修指導者マニュアル及び研修用動画」及び「指導者養成報告書（チェックリスト）」は、令和8年2月中～下旬頃周知いたします。）

（研修申込事業所等記入）

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。

令和7年12月20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

事業者印

（乙）事業所代表者氏名：福祉 一郎

事業所印

事業所住所：〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1

担当者氏名：新宿花子 電話番号：03-3333-0000

※作成したものをコピーし、原本を（乙）で保管、コピーを（甲）に渡し、原本データをアップロードしてください。