

(指導看護師派遣事業所記入)

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業実地研修用 (特定の者)  
指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、(乙)の介護職員等が、ファミリーユエデュケーション(以下「研修機関」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、指定の研修を修了した指導看護師等を派遣し、実地研修の指導及び評価(評価票等作成含む)を行うことを承諾します。

年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

(甲) 事業所代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※指導者養成用教材必要の有無 (○をつけて下さい)	必要	不要
---------------------------	----	----

(研修申込事業所等記入)

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業実地研修用 (特定の者)  
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、貴事業所(甲)へ お願いするにあたり、以下のことをお約束します。

- 1 実地研修受講者は標記研修の受講が決定した介護職員等です。
- 2 本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にたんの吸引等をより適切に実施するために、受講するものです。
- 3 本研修の受講申込み及び研修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。
- 4 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。

なお、実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況をさくら会に報告頂くこと、及び研修機関では、実地研修において一切の責任を負わない旨のご了承をお願いいたします。

年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

事業所等名 \_\_\_\_\_

(乙) 事業所代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※甲(コピー)乙(コピー)ともに 1 通を保管する。押印した本紙原本を乙より研修機関に送付してください

年 月 日

受講者名・  
又は事業者名

印

## 実地研修報告書

介護職員等によるたんの吸引等の研修事業実地研修が終了したので、「実地研修指導者評価票」とあわせて次の通り報告します。

	受講者の氏名	ケア実施対象者の氏名	ケアの種類 (※)	指導看護師の氏名
例	小平一郎	1 山田太郎	①②③④⑥	佐藤花子
①		1		
		2		
		3		
②		1		
		2		
		3		
③		1		
		2		
		3		

※ケアの種類は、次の①～⑥の数字を記入して下さい。

- { ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引  
④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養  
⑥人工呼吸器装着者への喀痰吸引 (鼻マスク等の場合①や②、気管切開の場合③も記入) }