

(受講生が所属する事業所が記入)

介護職員等によるたんの吸引等研修 (特定の者対象)
指導看護師の派遣依頼書 (NO. 1)

当事業所は、標記研修の实地研修における指導及び評価を、貴事業所 一般財団法人 竹田健康財団 介護福祉本部 に依頼するにあたり、以下のことをお約束しますので指導看護師の派遣をお願いいたします。

- 1 实地研修受講者は標記研修の「基本研修」を受講修了した介護職員です。
- 2 本研修は、今後、当事業所介護職員等が实地研修対象者 (以下「利用者」という) のたんの吸引等のケアをより安全に提供するために、実施するものです。
- 3 本研修に対する利用者 (利用者に同意する能力がない場合はその家族) の同意及び利用者のかかりつけ医等の指示を得ることは、全て当事業所で行います。
- 4 实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関係機関に報告の上、必要な措置を講じます。
- 5 当該研修に係る事項及び研修後において、貴研修実施機関の不利益になることはいたしません。

实地研修対象者氏名	
实地研修受講者氏名	

年 月 日

(甲)

事業所名称 _____

事業所代表者氏名 _____ 印

事業所住所 _____

(研修実施機関が記入)

介護職員等によるたんの吸引等研修 (特定の者対象)
指導看護師の派遣「承諾書」

当 一般財団法人 竹田健康財団 介護福祉本部 は、標記研修の「基本研修」を受講修了した _____ の上記の介護職員等が实地研修を行う際に、指導看護師を派遣し、实地研修に必要な指導及び評価 (評価票作成含む) を行うことを承諾します。

年 月 日

(乙)

研修実施機関名称 : 一般財団法人 竹田健康財団 介護福祉本部

研修実施機関代表者氏名 : 伊勢亀 恵子 印

研修実施機関住所 〒965 - 0862 福島県会津若松市本町 1 番 1 号