

(指導看護師派遣事業所記載)

秋田県介護職員等によるたんの吸引等研修  
 特定（第三号研修）指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、\_\_\_\_\_の介護職員が、社会福祉法人秋田県社会福祉協議会（以下「本会」という。）が実施する標記研修「基本研修」を修了後、下記「誓約書」に基づき実地研修を行う際に、指導看護師を派遣し、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。

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

(甲) 事業所代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

(研修受講申込事業所記載)

秋田県介護職員等によるたんの吸引等研修  
 特定（第三号研修）指導看護師の派遣に伴う「誓約書」

当事業所は、標記研修に係る実地研修において

利用者 ( ) ( ) ( ) ( )

受講者 ( ) ( ) ( ) ( )

の実地研修の指導及び評価を貴事業所 \_\_\_\_\_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「基本研修」を修了する予定の介護職員です。
- 2 本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にとんの吸引等をより適切で安全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本会に報告し、必要な措置を講じるとともに、損害賠償保険などで適切な対応をいたします。
- 4 実地研修にかかる消耗品等は、当事業所（乙）で負担いたします。
- 5 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」として貴事業所名を本会に報告しますが、それ以外に事業所名を用いることはいたしません。
- 6 実地研修はもちろん、研修後のたんの吸引等の行為の実施についても、貴事業所に御迷惑をおかけしないよう、適切に取り組んでまいります。

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

(乙) 事業所代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

※甲乙ともに1通を保管します。

※甲および乙が押印した本用紙のコピー1枚を乙より本会へ送付頂きます。

