

## 介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）【第3号研修】

## 指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、(乙)の介護職員等が、株式会社ラピオン 山の上ナースステーション（以下「山の上ナースステーション」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（DVD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。

年 月 日

(甲) 法人名 \_\_\_\_\_

事業所等名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## 介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）【第3号研修】

## 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、速やかに必要な措置を講じ、またその状況を山の上ナースステーションに報告します。
- 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ため東京都および東京都福祉保健財団（山の上ナースステーション経由）に報告しますが、それ以外で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。

年 月 日

(乙) 法人名 \_\_\_\_\_

事業所等名 \_\_\_\_\_

事業所代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）【第3号研修】

## 指導看護師派遣の謝礼について

当事業所は、(甲)に対し、別途「口座振替依頼書」をお送付します。

(甲)から(乙)に評価票をお渡しいただき、(乙)から山の上ナースステーション宛てに当該評価票をお送りいただきます。山の上ナースステーションは当該評価票に基づき、東京都が定める謝金を(甲)に支払います。

年 月 日

(丙) 代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※甲乙丙ともに1通保管する。(甲及び乙が押印した本用紙1枚を乙より丙に送付いただきます。丙は2枚コピーし、甲及び乙に対し、当該コピーを送付します。原本は丙で保管します。)