【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実施のための研修（特定の者対象）

実地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、株式会社シエラ（以下「シエラ」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（所定の指導看護師研修修了者）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、「特定の者対象の実地研修」の指導及び評価（評価票作成を含む）に際して、「評価票作成に対する謝金」の支払がないことを理解の上、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

【研修申込事業所記入】

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、基本研修（講義・演習）を修了し、標記研修の受講決定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かつ安全に実施するために受講するものです。
3　実地研修において万が一事故が発生した場合は、速やかに対応するとともに、その状況をシエラに報告し、必要な措置を講じます。
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（シエラ経由）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。
6　実地研修期間は、実地研修開始日から概ね６ヶ月以内とします。
7　実地研修で実施する予定の行為等は、以下のとおりです。

喀痰吸引等 （特定行為）の種別 実施する行為に☑ を記入	□口腔内の喀痰吸引（通常手順） □鼻腔内の喀痰吸引（通常手順） □気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常手順）	□胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 □滴下　□半固形 □経鼻経管栄養

年　　月　　日

法　人　名

事業所名

（乙）　事業所代表者氏名　　印

事業所住所

担当者氏名　　電話番号

※作成したものを２通コピーし、（甲）と（乙）でそれぞれ１通ずつ保管し、**必ず原本をシエラに提出**してください。