【利用者１名に対して複数の受講者が実地研修を実施する場合、こちらの様式をお使いください（任意）】

（利用者記入欄）

「東京都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）」実地研修同意書

≪受講者氏名≫

私は、①＿＿＿＿＿＿ ②＿＿＿＿＿＿ ③＿＿＿＿＿＿ ④＿＿＿＿＿＿ ⑤＿＿＿＿＿＿

以上の方々が標記研修の実地研修として、下記の「誓約書」に基づき、指導看護師の指導のもと、必要な実習を行うことを承諾し、協力します。

同意日：令和　　年　　月　　日

≪利用者≫

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名【必須】 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（署名代行者）私は、本人の意思を確認し、署名を代行しました。

代行者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印　利用者本人との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受講者記入欄）

「東京都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）」実地研修同意書

≪利用者氏名≫

私達は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さんに標記の実地研修におけるたんの吸引等の実習への協力をお願いするにあたり、以下のことを誓約します。

１　実地研修の指導・評価は、東京都が定めた指導者養成研修を履修した指導看護師にお願いします。
２　本研修は、私が今後あなた様にたんの吸引等のケアを安全に提供するために行うものです。
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研修実施機関である株式会社シエラ（以下シエラという。）に報告し、シエラより東京都へ連絡の上、必要な措置を講じていただきます。
４　本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、個人を特定しなければならないため、あなた様の氏名を東京都（シエラ経由）に報告しますが、それ以外で個人名を記載することはいたしません。
５　実地研修中はもちろん、研修後においても、あなた様に不利益となることはいたしません。
６　実地研修で私たちが実施する行為は、それぞれ以下の行為です。

令和　　年　　月　　日

所属事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪受講者氏名≫

① ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印 （口腔内吸引、鼻腔内吸引、カニューレ内吸引、胃ろう・腸ろう、経鼻経管）

② ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印 （口腔内吸引、鼻腔内吸引、カニューレ内吸引、胃ろう・腸ろう、経鼻経管）

③ ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印 （口腔内吸引、鼻腔内吸引、カニューレ内吸引、胃ろう・腸ろう、経鼻経管）

④ ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印 （口腔内吸引、鼻腔内吸引、カニューレ内吸引、胃ろう・腸ろう、経鼻経管）

⑤ ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印 （口腔内吸引、鼻腔内吸引、カニューレ内吸引、胃ろう・腸ろう、経鼻経管）

※各職員の受講決定内容に合わせて、実施する行為に○を付けてください。

※ 受講者は２枚コピーし、**原本は利用者に渡し**１通は**シエラ**へ提出、１通は受講者が保管する。**（カラーコピー不可）**