|  |
| --- |
| **（利用者記入）****2024年度 介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修****（特定の者対象研修）実地研修「同意書」****私は、①　　　　　　　　　②　　　　　　　　　③　　　　　　　　　④****⑤　　　　　　　　　さんが、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。** **年　　　月　　　日****住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印****※利用者の意思が確認出来ない場合、家族等がご記入（ご利用者様名）、捺印して下さい。** |
| **（受講者記入）****2024年度 介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修****（特定の者対象研修）実地研修「誓約書」****私は、標記研修の実地研修におけるたんの吸引等の実習を　　　　　　　　さんにお願いするにあたり、以下のことをお約束します。**1. **本研修は、私が今後、あなた様にたんの吸引等のケアをより安全に提供するために行うものです。**
2. **実地研修において事故が発生した場合は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその 状況を所属事業所に報告いたします。**
3. **本研修の受講申込及び実習研修の報告においては、個人を特定しなければならないので、 あなた様の氏名を北海道に報告しますが、それ以外は個人名が分かることは記載しません。**
4. **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。**

 **年　　　月　　　日****事業所名****事業所住所****氏名①　　　　　　　　　印②　　　　　　　　　印③　　　　　　　　　　印****④　　　　　　　　　印⑤　　　　　　　　　印** |

**※利用者、受講者、日本ALS協会北海道支部ともに一通を保管する。（受講者は２枚コピーし、原本を利用者に渡し、１通は日本ALS協会北海道支部へ提出し、１通は受講者が保管する。）**