|  |
| --- |
| **（指導看護師派遣事業所記入）**  **2024年度 介護職員等によるたんの吸引等研修**  **（特定の者対象研修）指導看護師の派遣「承諾書」**  当事業所は、（乙）の介護職員等が、日本ＡＬＳ協会北海道支部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、指導看護師を派遣し、実地研修の指導及び評価（評価表作成を含む）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　〒 |
| （研修申し込み事業所等記入）  **2024年度 介護職員等によるたんの吸引等研修**  **（特定の者対象研修）指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書」**  当事業所は、標記研修にかかる実地研修において、実地研修の指導及び評価を、貴事業所（甲）  へお願いするに当たり、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、当事業所介護職員等が利用者にたんの吸引等をより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、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況を日本ＡＬＳ協会北海道支部に報告願います。 4. 本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、協力指導者派遣事業所名を特定しなければならないので北海道に報告しますが、それ以外は事業者名が分かることは記載しません。 5. 実地研修はもちろん、研修においても、貴事業所が不利益になることはいたしません。 6. 尚、日本ＡＬＳ協会北海道支部では実地研修においては一切の責任を負いません。   年　　　月　　　日  事業所名  （乙）事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※甲（コピー）乙（コピー）ともに一通を保管する。（甲及び乙が押印した本用紙1枚を、乙より日本

　ＡＬＳ協会北海道支部に送付。原本は日本ＡＬＳ協会北海道支部にて保管する）。