

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）  
指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、（乙）の介護職員等が、ユースタイルラボラトリー株式会社 ユースタイルカレッジ（以下「ユースタイルカレッジ」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「現場演習（基本研修免除者は不要）または実地研修（以下、実地研修という）」を行う際に、指導看護師等の要件（※）を満たした正看護師または医師を派遣し、実地研修の指導及び評価（評価票・評価まとめ票の作成含む）を行うことを承諾します。

年 月 日 (左記日付より1年間有効)

(甲) 法人名 法人印

事業所等名

事業所代表者名

事業所住所 〒

下記確認して□に✓を入れてください

実地研修の指導看護師等要件を理解し、有資格者を派遣します。

担当者氏名 電話番号

※ 指導者養成研修（特定の者）受講者：医師資格、看護師資格とは別の資格になりますのでご注意ください。  
受講希望はユースタイルカレッジにお問い合わせください TEL 050-3187-8412/FAX 03-5937-6828

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）  
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、速やかに必要な措置を講じ、またその状況をユースタイルカレッジに報告します。
- 4 本研修の受講申込及び実習結果の報告においては、協力指導看護師等派遣事業所名を特定しなければならないため行政関係機関に報告しますが、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 法人印

事業所等名

事業所代表者名

事業所住所 〒

担当者氏名 電話番号