

令和8年度 介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）
指導看護師等の派遣承諾書

当事業所は、（乙）の介護職員等がアブリル合同会社/Avrilアカデミー」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、指定の研修を修了した指導看護師等を派遣し、実地研修の指導及び評価（評価票等作成含む）を行うことを承諾します。

令和 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：〒	
電話番号：	
指導者養成研修受講の有無・・・有・無 未受講の場合には指導者養成研修申込書を提出下さい。	

研修申込事業所等記入

令和8年度 介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）
指導看護師等の派遣依頼に伴う「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、貴事業所(甲)へ お願いするにあたり、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が決定した介護職員等です。
 - 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 本研修の受講申込み及び研修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。
 - 4 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。
- なお、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Avrilに報告頂くこと、及びAvrilでは、実地研修において一切の責任を負わない旨のご了承をお願いいたします。

令和 年 月 日

法人名・事業所名：	
（乙）事業所代表者氏名：	印

注1 甲（コピー）乙（コピー）ともに1通を保管する。押印した本紙原本を乙よりAvrilに送付してください。
注2 謝金について 本会より指導看護師への謝金の支払いはありません。各事業所の規定に従ってお支払ください。
修了に至らなかった申込関係書類一式は、受領日より最大1年間保管し、本会で責任をもって処分させていただきます。