

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  
(特定の者対象研修) 実地研修「同意書」

私は、

・

・

・

・

・

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等の指導のもと、必要な実習を行うことを承認し、協力します。

令和 年 月 日

住所： (ご利用者) 氏名： 印

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をもって速やかにその状況を所属事業所に報告致します。

3 本研修の受講申し込み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ので、あなた様の氏名を東京都に報告しますが、それ以外は個人名がわかることは記載しません。

4 実地研修はもちろん、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。

令和 年 月 日

所属事業所名：

事業所住所：

氏名・ 印 ・ 印 ・ 印

・ 印 ・ 印

利用者、受講者、Avrilともに1通を保管。  
(受講者は原本を利用者に渡す。1通はAvrilへ提出。1通は受講者が保管。)