

下記の吹き出し以外も記入漏れなきようご確認ください。

# 喀痰吸引等研修事業 実地研修同意書

下記の「誓約書」に基づき、「喀痰吸引等研修」の実地研修として、次のとおり必要な実習に協力することに同意します。

また、実地研修協力者として、氏名及び実習内容が研修実施機関の公益社団法人かながわ福祉サービス振興会（以下「振興会」という。）を通じ、神奈川県に報告されることを同意いたします。

### 【喀痰吸引等研修の実地研修を行う介護職員等】

実地研修者氏名  研修者は複数名でも構いません

### 【実地研修で協力する特定行為】

喀痰吸引等（特定行為） の種別 （協力に同意する行為に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（通常・人工呼吸器）
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（通常・人工呼吸器）
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常・人工呼吸器）
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

実施する行為に  
必ずチェックを  
入れて下さい

同意日 平成 年 月 日

住所 .....

氏名 ..... 印

（署名代行者） 私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

日にち、捺印を  
確認して下さい。

代行者住所 .....

代行者氏名 ..... 印

本人との関係 .....

### .....【誓約書】.....

私は「喀痰吸引等研修」の実地研修の実習にあたっては、次のことをお約束します。

- 1 「喀痰吸引等」の特定行為実施時には、安全確保を徹底します。
- 2 実地研修時は、看護師の指導・評価のもと実施します。
- 3 実地研修時に、万が一事故が発生した場合は、下記提供体制のもと速やかに対応し、研修実施機関である公益社団法人かながわ福祉サービス振興会に報告します。
- 4 実地研修の事故や実施状況、評価結果は、研修実施機関である公益社団法人かながわ福祉サービス振興会を通じて、神奈川県に報告します。
- 5 実地研修で知り得た個人情報、本研修に係る業務以外には一切使用しません。
- 6 実地研修中はもちろん、研修後においても、利用者様が不利益になることはいたしません。

提供体制	事業所名称	すべての欄に記入してください
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	担当医師氏名	

事業所名

事業所住所

代表者名

実施研修者氏名

捺印を  
確認して下さい。 印

利用者、受講者、振興会はとも各1通を保管する（原本は事業所、写しは、利用者、振興会が保管）