

【様式2】指導看護師の派遣に関する書面

(指導看護師派遣事業所記入)

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修 (特定の者対象・実地研修) 指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所は、(乙)の介護職員等が、ミツレケア・アカデミー(以下「MCA」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(評価票作成含む)を行うことを承諾します。

令和 年 月 日

事業所名 _____

(甲) 事業所代表者氏名 _____ (印)

〒 _____

事業所住所 _____

◆指導者養成研修用教材(DVD・教本)の要・不要 ※○をつけて下さい (必要 ・ 不要)

(研修申込事業所等記入)

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修 (特定の者対象) 指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書及び承諾書」

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)へお願いするにあたり、以下のことを誓約及び承諾します。

- 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は、ヒヤリハットの報告書をもって速やかにその状況をMCA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。
- 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。
- 6 実地研修に関し、MCAは一切の責任を負いません。

令和 年 月 日

事業所等名 _____

(乙) 事業所代表者氏名 _____ (印)

〒 _____

事業所住所 _____

※(甲)(乙)が捺印したものを各自でコピーを保管し、原本は(乙)よりMCAに提出し、原本はMCAにて保管します。

※謝金について

- ・MCAより指導看護師への謝金の支払いはありません。
- 各指導看護師派遣事業所の支払方法に従ってお支払いください。