

実地研修実施機関承諾書

| 研修課程 | 実地研修希望行為 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|------------|
| □ 1号 | 口腔内の吸引 | <input type="checkbox"/> 通常手段 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 | |
| | 鼻腔内の吸引 | <input type="checkbox"/> 通常手段 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 | |
| □ 2号 | 気管カニューレ内部吸引 | <input type="checkbox"/> 通常手段 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 | |
| | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | <input type="checkbox"/> 通常手段 | <input type="checkbox"/> 半固形 | |
| | 経鼻経管栄養 | <input type="checkbox"/> 通常手段 | | |
| 事業所の名称 | | | | |
| 事業所所在地 | | | | |
| 受入責任者 | | | | |
| 事業所連絡先 | TEL() - | | | |
| 受講者 | ふりがな 氏名 | 性別 | 生年月日 | |
| | | 男・女 | 西暦 年(和暦 年) 月 日 | |
| 指導看護師 | ふりがな 氏名 | 実務経験 | 指導者講習または医療的ケア教員講習会の受講 | |
| | | 年 | 有 ・ 無 | |
| 実地研修のあたっでの確認事項 | | 通常手段 | 人工呼吸器 装着車 | 半固形 栄養剤 |
| 口腔内の吸引 | 必要としている利用者(入所者)は何人いますか。 実地研修への協力が得られる見込みの利用者(入所者)は何人いますか。 | | | |
| 鼻腔内の吸引 | 必要としている利用者(入所者)は何人いますか。 実地研修への協力が得られる見込みの利用者(入所者)は何人いますか。 | | | |
| 気管カニューレ内部吸引 | 必要としている利用者(入所者)は何人いますか。 実地研修への協力が得られる見込みの利用者(入所者)は何人いますか。 | | | |
| 胃ろう又は腸ろう 経管栄養 | 必要としている利用者(入所者)は何人いますか。 実地研修への協力が得られる見込みの利用者(入所者)は何人いますか。 | | | |
| 経鼻経管栄養 | 必要としている利用者(入所者)は何人いますか。 実地研修への協力が得られる見込みの利用者(入所者)は何人いますか。 | | | |
| その他特記事項 | | | | |
| <p>① 中部学院大学(登録研修機関)が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、研修受講者の実地研修の受け入れを承諾し上記相違ないことを証明します。</p> <p>② 実地研修に関する修得程度の審査等については「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一及び第二号研修の修得程度の審査方法」に基づいて公平・中立に責任を持って実地・監督・評価することを承諾いたします。</p> | | | | |
| <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">法 人 名</p> <p style="text-align: center;">法 人 所 在 地</p> <p style="text-align: center;">代 表 者 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | |