

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

年 月 日

特定非営利活動法人 ポムハウス 殿

訪問看護ステーション名

(看護師個人の場合は、記入の必要なし)

所在地

(看護師個人の場合は、住所)

代表者名 印

(看護師個人の場合は、氏名と印)

下記は、特定非営利活動法人ポムハウス（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。なお、実地研修を行う正看護師は、指導者養成研修を受講、または、「介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修の指導者マニュアル」で自己学習をしています。また、実地研修の謝金については、受講者の所属する事業所と相談の上、事業所から直接受領いたします。

訪問看護 ステーション (看護師個人の場合は、 記入の必要なし)	名 前	
	設置年月日	
	法 人 名	
責任者名	(看護師個人の氏名)	
電 話 番 号		
研修受講者	受入開始時期	年 月
研修受講者名	全員の名前をお書きください	

※ 指導者養成研修を受講された場合は、指導者養成研修修了証明書のコピーを添付してください。

※ 指導者養成研修修了証明書が無い場合は、看護師免許証のコピーを添付してください。