

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

(看護師個人の場合は、氏名)

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」で自己学習をしております。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。

また、実地研修中に事故やヒヤリハットが発生した場合は、直ぐにポムハウスに連絡します。事故が発生した場合は、看護職賠償責任保険制度を適用いたします。

訪問看護 ステーション (看護師個人の場合記 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。