

(指導看護師派遣事業所記入)

介護職員等によるたんの吸引等実施のための第 3 号研修  
指導看護師の派遣「承諾書」

当事業所（甲）は、（乙）\_\_\_\_\_の介護職員等が、日本 ALS 協会広島県支部（丙）が実施する標記研修の実地研修を行う際に、下記「誓約書」に基づき、指導看護師を派遣します。そして、実地研修の指導及び評価（丙 から送付された評価票作成含む）を行うことを承諾します。（期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）

年 月 日

（甲）事業所名 \_\_\_\_\_

事業所代表者名 \_\_\_\_\_ 印

〒

事業所住所 \_\_\_\_\_

(研修申込事業所記入)

介護職員等によるたんの吸引等実施のための第 3 号研修  
指導看護師の派遣依頼に伴う「誓約書」

当事業所（乙）は、標記研修に係る実地研修において、（甲）\_\_\_\_\_へ実地研修の指導及び評価をお願いするにあたり、以下のことをお約束します。

1. 実地研修受講者は標記研修の「基本研修」を修了した介護職員です。
2. 本研修は、今後、当事業所介護職員等が利用者にたんの吸引等をより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、速やかにその状況を（丙）に報告し、必要な措置を講じます。
4. 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。

年 月 日

（乙）事業所等名 \_\_\_\_\_

事業所代表者名 \_\_\_\_\_ 印

〒

事業所住所 \_\_\_\_\_

(ALS 記入)

介護職員等によるたんの吸引等実施のための第 3 号研修  
指導看護師派遣の謝礼について

（丙）は（甲）に対し評価票を送付いたします。（甲）は実施研修終了後、評価票を作成し、（丙）にご返送ください。当該評価票に基づき、（丙）が定める謝金を（甲）にお支払いします。但し、受講者と指導看護師等が同一事業所等に所属している場合はお支払い致しません。

なお、（丙）は実地研修の事故に備えて賠償責任保険に加入しています。

年 月 日

（丙）事業所名 \_\_\_\_\_ 日本 ALS 協会広島県支部

事業所代表者名 \_\_\_\_\_ 支部長 三保 浩一郎 印

事業所住所 〒731-0101 広島市安佐南区八木 8-3-6 市川方

※甲及び乙が押印した原本を、乙が ALS（丙）に郵送する。複写し、甲乙ともに複写 1 通を保管する。  
※原本に ALS が押印した後、甲と乙にコピーを郵送し、原本は ALS で保管する。