

## 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

下記のとおり、学校法人松本学園 松本短期大学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。

### 記

法人名			
実 地 研 修 先 事 業 所	事業所名		
	事業所住所	〒	
	サービス種別		
	喀痰吸引等業務の登録状況	登録喀痰吸引等事業者 ・ 登録特定行為事業者	
	喀痰吸引等研修 担当者名		
	実地研修 指導看護師名		
	TEL 番号/ FAX 番号	TEL:	FAX:
受 講 者	実地研修	受講 No.	
		氏 名	
実地研修 終了日		令和9年1月31日（日）までに終了	

また、下記基準を満たしていることを証明します。

### 松本短期大学 喀痰吸引等研修 実地研修施設の基準

(1) 利用者の人数

たんの吸引および経管栄養の対象者が適当数いること

(2) 研修受講者の受け入れ

原則として、自らの法人の職員に係らず、他の法人の職員についても、実習を受け入れることが可能であること。

裏面に続く（署名・捺印欄あり）

(3) 医療関係者との連携

実地研修指導講師である医師および看護職員との連携および役割分担による的確な医学管理および安全管理体制が確保できること。

(4) 利用者の同意と医学的指示

当該管理体制の下、実地研修における書面による医師の指示、実地研修協力者である利用者または利用者本人からの同意を得るのが困難な場合にはその家族等（以下、「実地研修協力者」という。）の書面による同意承認（同意を得るのに必要な事項についての説明等の適切な手続きの確保を含む。）がとれていること。

(5) 緊急時の対応

事故発生時の対応（関係者への報告、実地研修協力者家族への連絡など適切かつ必要な緊急措置、事故状況等について記録および保存等を含む。）

(6) 秘密の保持

実地研修協力者の秘密の保持（関係者への周知徹底を含む。）等に関する規程整備がなされていることなど、実地研修を実施する上で必要となる条件が担保されること。

(7) 確実な実地研修の実施

出席状況等、研修受講者に関する状況を確実に把握し保存できること。

年 月 日

学校法人 松本学園

松本短期大学

理事長 銭坂 久紀 様

事業所名

代表者名

住所 〒

職印