

参考様式 6 - 1

実地研修実施機関承諾書

科目ごとに作成してください。
1号研修なら5枚、2号なら実施する行為分の枚数、人工呼吸器装着者への行為も、実施する箇所ごとに1枚ずつ必要となります。

研修課程		科目名	
------	--	-----	--

1	施設の名称					※番号	
2	施設所在地						
3	受入責任者						
4	連絡先	電話番号 () -					
受講者受入の条件							
5	受入開始時期	年 月 日から					
6	研修日数	実地研修できる日数の限度				日間	
7	受入可能人数	1日あたり受入可能な人数				人	
8	実地研修指導者	氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格		経験年数	
		氏名		資格			
9	その他特記事項						

実地研修の指導者は、正看護師で実務経験5年以上の方であれば認められます。(免許証の写しを添付)
但し、登録研修機関の指導看護師との連携・協力の上で行う必要があります。

〇〇〇〇（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、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

年 月 日

本書は、同一法人内の別施設で行う場合も必要です。
原則、法人の代表者の署名が必要となります。

法 人 名

法 人 所 在 地

代表者職氏名
(自 署)

- 注1 科目毎に提出すること。
- 注2 ※番号は、実地研修実施計画書(参考様式6-2)の番号とあわせること。
- 注3 原本は、研修機関において保管し、写しを県へ提出すること。