

施設・事業所名

代表者名

様

実地研修受講者

〒

—

住所

氏名

印

喀痰吸引等研修（第二号研修）実地研修 誓約書

私は、貴施設（事業所）において、「喀痰吸引等研修」の実地研修にあたっては、次のことをお約束します。

1. 「喀痰吸引等」の特定行為実施時には、安全確保を徹底します。
2. 実地研修時は、医師の指示書に従い看護師の指導・評価のもと実施します。
3. 実地研修時に、万が一事故が発生した場合は、下記提供体制のもと速やかに対応し、研修実施機関である公益財団法人介護労働安定センター広島支部に報告します。
4. 実地研修時の実施計画、実施状況、評価結果及びヒヤリハット・アクシデント事案は、研修実施機関である公益財団法人介護労働安定センター広島支部に報告します。
5. 実地研修で知り得た個人情報、本研修に係る業務以外には一切使用しません。
6. 実地研修中はもちろん、研修後においても、利用者様が不利益になることはいたしません。

提供体制	実地研修実施事業所	
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当指導看護師氏名	
	担当医師（指示書）氏名	

事業所確認欄

事業所責任者
確認印

指導看護師
確認印