

平成 29 年度福岡県喀痰吸引等研修
 実地研修施設体制等チェックシート（第 3 号研修）

以下の項目に該当する場合（見込みも可）は☑をしてください。

要 件	チェック欄
① 実地研修において行為を受ける利用者（又は家族等）の同意が書面で得られること。	<input type="checkbox"/>
② 実地研修において行う行為について、医師の指示が書面で得られること。	<input type="checkbox"/>
③ 施設又は事業所の責任者の統括の下、責任を持って安全確保のための体制整備がなされていること。	<input type="checkbox"/>
④ 緊急時の対応手順をあらかじめ定め、その訓練を行うとともに、緊急時に、配置医又は実地研修施設、事業所と連携している医師、指導講師との連絡体制が構築されていること。	<input type="checkbox"/>
⑤ 実地研修において行為を受ける利用者（又は家族等）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。	<input type="checkbox"/>

上記記載内容に誤りがないことを証明します。

平成 年 月 日

実地研修先施設・事業所住所：〒

.....

実地研修先施設・事業所名：.....(印)

実地研修先施設・事業所管理者名：.....

受講者施設・事業所記入欄	施設・事業所等名			
	登録特定行為事業者番号	※登録特定行為事業者の登録がない場合は、『医師の指示書』『家族等の同意書』のご提出をお願いいたします。		
	受講者氏名①		受講 No.	
	受講者氏名②		受講 No.	
	受講者氏名③		受講 No.	
	受講者氏名④		受講 No.	
	受講者氏名⑤		受講 No.	