

実地研修に係る確認事項チェックシート

施設・事業者名 _____

要 件	確認書類・チェック欄
1. 登録喀痰吸引等事業者であること	登録通知書 <input type="checkbox"/>
2. 利用者本人とその家族が実地研修の実施に協力できること	同意書 <input type="checkbox"/>
3. 実地研修を受ける介護職員等を受け入れる際、実地研修の場において介護職員等を指導する介護職員等数名につき 1 人以上の指導者の配置が可能であること	指導看護師配置 <input type="checkbox"/> 計画書作成 <input type="checkbox"/>
4. 指導者は臨床での実務経験を 3 年以上有し、指導者講習または医療的ケア教員講習会を受講していること。又は今後指導者講習または医療的ケア教員講習会を受講することを了承している看護師等を確保していること。 * 看護師等・・・看護師、助産師、保健師、医師	指導者講習修了証 <input type="checkbox"/>
5. 施設又は事業者の責任者及び職員が実地研修の実施に協力できること	実地研修実施機関承諾書 <input type="checkbox"/>
6. 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること	医師指示書 <input type="checkbox"/>

* 本チェックシートは受講申込み書と一緒に提出してください。(事業所で 1 部)

* 確認書類については、実地研修開始の 1 ヶ月前までに提出をお願いします。