

協力施設承諾書

※公印の押印は不要です

施設名

所在地

代表者

実習を行う施設の名称と所在地を記載
※代表者の所属先ではありません

学校にあつては設置者、病院にあつては開設者、法人その他の者にあつてはその代表者の氏名を記載する。

下記の特定行為研修の実施に連携協力することについて、承諾いたします。

記

指定研修機関名 公益社団法人日本看護協会

共通科目には○を付けないでください

研修を行う特定行為区分等の名称	
<input checked="" type="checkbox"/>	共通科目
<input type="checkbox"/>	呼吸器（気道確保に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	循環器関連
<input type="checkbox"/>	心嚢ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	胸腔ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	腹腔ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	ろう孔管理関連
<input type="checkbox"/>	栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
<input type="checkbox"/>	栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
<input checked="" type="checkbox"/>	創傷管理関連
<input type="checkbox"/>	創部ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	動脈血液ガス分析関連
<input type="checkbox"/>	透析管理関連
<input type="checkbox"/>	感染に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<input checked="" type="checkbox"/>	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	術後疼痛管理関連
<input type="checkbox"/>	循環動態に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	皮膚損傷に係る薬剤投与関連

実習予定の区分に「○」を記入する。

備考

- 1 様式2別紙3は、協力施設ごとに記入すること。
- 2 「代表者」は、学校にあつては設置者、病院にあつては開設者、法人その他の者にあつてはその代表者の氏名を記入すること。
- 3 「指定研修機関名」は、指定研修機関の指定を受けようとする施設等の名称を記入すること。
- 4 「研修を行う特定行為区分等の名称」は、指定研修機関の指定を受けようとする施設等と連携協力して行おうとする特定行為研修に係る全ての特定行為区分の名称について「○」を記入すること。共通科目を実施する場合は共通科目に「○」を記入すること。