登録研修機関

様式E

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会用

**実地研修実施機関に係る報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 要　　　件 | チェック欄 |
| ①施設・事業所の管理者がこの研修の趣旨を理解していること。 |  |
| ②医療的ケアの実地研修に必要な協力及び書面による同意が得られる利用者（以下「実地研修協力者」）がいること。 |  |
| ③実地研修指導講師（正看護師）が実地研修実施施設にいること。 |  |
| ④実地研修にあたり書面による医師の指示書が出せること。 |  |
| ⑤事故発生時に緊急措置、関係者への報告等が予め定められた管理体制のもと適切になされること。 |  |
| ⑥事故状況の記録、保存が適切になされること。 |  |
| ⑦実地研修協力者の秘密の保持に関する諸規定が整備されていること。 |  |
| ⑧実地研修受講者の出席状況を適切に把握し、保存できること。 |  |
| ⑨実地研修の実施にあたって、実地研修実施施設が必要な支援体制がとれること。 |  |
| ⑩実地を指導する看護師は、厚生労働省が指定している評価基準に基づいて評価できるよう「医療的ケア教員講習会」等を受講していることが望ましいので、講習会修了書の写しを様式D「実地研修指導講師調書・承諾書」に添付し送付してください。 |  |

上記の項目について、記入した内容に相違がないことを証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　記入者氏名