

平成 年 月 日

協力施設承諾書

施設名

所在地

代表者

印

下記の特定期間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 一般社団法人日本慢性期医療協会

特定期間研修を行う特定期間区分の名称

(臨床実習の協力施設としてご協力いただける特定期間区分を☑してください。)

- 1. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
- 2. 吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
- 3. 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
- 4. 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
- 5. 創傷管理関連
- 6. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- 7. 感染に係る薬剤投与関連
- 8. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- 9. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

※承諾書は、病院の開設者の承諾が必要です。

承諾書は、病院の管理者（病院長）の承諾ではなく、保健所に開設届、開設許可を届出ている開設者の承諾が必要です。

病院開設者が病院長の場合もありますが、病院開設者が病院長ではない場合は、病院長の承諾書では不備となってしまいます。

例)

「医療法人〇〇会〇〇〇〇病院」の場合、
病院の開設者は、医療法人〇〇会 理事長となるので、
医療法人理事長の承諾書が必要。

「〇〇市民病院」の場合、
病院の開設者は、市長となるので、市長の承諾書が必要。

※代表者印は、認印ではなく、理事長印、法人印等を押印してください。