

協力施設承諾書

施設名

所在地

代表者

印

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 一般社団法人 日本慢性期医療協会

研修を行う特定行為区分等の名称	
	共通科目
	呼吸器（気道確保に係るもの）関連
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
	循環器関連
	心嚢ドレーン管理関連
	胸腔ドレーン管理関連
	腹腔ドレーン管理関連
	ろう孔管理関連
	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
	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
	創傷管理関連
	創部ドレーン管理関連
	動脈血液ガス分析関連
	透析管理関連
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	感染に係る薬剤投与関連
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連
	術後疼痛管理関連
	循環動態に係る薬剤投与関連
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
	皮膚損傷に係る薬剤投与関連

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 「特定行為研修を行う特定行為区分の名称」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。

※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。