様式２別紙３

令和　　　　年　　　　月　　　　日

**協　力　施　設　承　諾　書**

**施設名**

**所在地**

**代表者**学校にあっては設置者、病院にあって　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は開設者、法人その他の者にあって　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はその代表者の指名を記載する。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

|  |
| --- |
| 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 |
|  | 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 |
|  | 栄養及び水分管理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 |

指定研修機関名　　医療法人社団　ダイアステップ