

第25回実務研修 実習受入確認書

令和 年 月 日

事業所名	
事業所番号	
電話番号	
記入担当者氏名	

◆実習受入について（どちらかを○で囲んでください）

①受入可 ・ ②受入不可

◆上記①を選択された場合、以下の項目をチェックしてください

確 認 項 目		チェック
◆見学・観察実習の受入をおこなっていただくには、 <u>以下の確認項目の全てにチェックが入り、対応できる事が前提</u> です。 ◆提出の際には、漏れがないよう確認をお願いします。 <u>確認項目全てにチェックが入っていない場合は、「実習受入先事業所リスト」に受入可能であると表示ができませんので、ご注意ください。</u>		☑
手指衛生	アルコールベースの手指消毒剤を出入口に設置している	☐
	手洗い場にはハンドソープを設置している	☐
	1日数回は手指消毒をおこなっている	☐
健康管理体制	出勤前に検温を実施し、職員の体調を把握している	☐
	体調不良（発熱・倦怠感・咳・咽頭痛等）の職員は出勤を自粛している	☐
環境整備	1日1回以上、人がよく触れる場所を次亜塩素酸ナトリウムや消毒用エタノールなどで消毒している	☐
換気	窓を開けるなどで、数分間程度の換気を1日数回実施している	☐
	冷暖房時でも換気を実施している	☐
咳エチケット	対面して会話する場合など必ずマスクを着用している	☐
関係者の連絡先把握	感染症発生時に連絡をする保健所や関係先の連絡先を把握している	☐

＜公益社団法人日本看護協会 新型コロナウイルス感染症感染予防・管理のための活用ツール参考＞

※本「実習受入確認書」の提出により、HPで公開している「実習受入先事業所リスト」の「新型コロナウイルス感染症下の受入対応」の欄が、①受入可ならば○、②受入不可ならば×、提出のない場合は空白となります。

提出先 （一財）大阪府地域福祉推進財団 ケアマネ係 宛

提出方法 FAX：06-4304-2941

※事業所多数のため、FAX着信確認の問合せには応じません。