

認定ドナーコーディネーター養成プログラム Step2 研修受入許可書

所属施設名 _____

研修者 _____ 殿

当院は、_____が、認定ドナーコーディネーター協議会が定める認定ドナーコーディネーター養成プログラムにおける Step2 研修を当院において実施することを、以下の条件を付して承認いたします。

なお、臓器提供に至る可能性のある事例が発生した場合には、当院よりご連絡いたします。

(施設名) _____

施設長名 _____

記

■ 受入条件：

- ・ 患者および家族の意思を最優先とし、状況により研修参加を制限または中止する場合があります。
- ・ 院内規程および担当職員の指示に従うこと。
- ・ 診療行為への直接的関与は認めない（見学・補助の範囲に限る）。

■ 個人情報の取扱い：研修に際して知り得た情報については、当院の規程及び関係法令に従い厳重に管理すること。

■ 事故・トラブル発生時：研修中に発生した事故・トラブルについては、速やかに当院の指示に従い対応するものとする。

以上