|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **喀痰吸引等実地研修の実施に係る同意書**  　下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等実地研修の実施に関して  同意いたします。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 実施を受ける喀痰吸引等（特定行為）の種別 | | 口腔内の喀痰吸引  鼻腔内の喀痰吸引  気管カニューレ内部の喀痰吸引  胃ろうによる経管栄養  腸ろうによる経管栄養  経鼻経管栄養 | | 実施を受ける期間 | | 年　月　日　～　年　月　日 | | 実施を受ける頻度 | |  | | 実施体制 | 事業所名称 |  | | 事業所責任者氏名 |  | | 事業所担当者氏名 |  | | 担当看護職員氏名 |  | | 担当医師氏名 |  |   同意日 平成　　年　　月　　日  　　　　　　住 　　所  　　　　　　氏 　　名 　　　　　　　　　　　　　　　印  署名代行者  　　　　　　　　　　　私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました｡  　　　　　　　　　　　代行者住所  代行者氏名　 　 　　　　　　　　　　印  本人との関係  　　　　　　　　　　　　　　事業所名  　　　　　　　　　　　　　　事業所住所  　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　印 |