|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |