

喀痰吸引等の提供に係る同意書 喀痰吸引等研修（実地研修）

喀痰吸引等研修受講者が当該研修の実地研修として、医師、看護職員の指示の下、下記のとおり実施することに同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為） の種別	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
提供を受ける期間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
提 供 体 制	事業所名称
	事業所責任者氏名
	事業所担当者氏名
	指導講師職員氏名
	担当医師氏名

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

※押印が難しい場合は、署名の上自書で押印欄にサインをお願いいたします。