

(様式1)

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同意いたします。

喀痰吸引等実地研修の種別	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
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
実施頻度	
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
	担当看護職員氏名
	担当医師氏名

※人工呼吸器装着者に対して研修を実施する場合は、上記種別にその旨記載すること。

同意日 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