

## 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 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 ..... 印

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