|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定様式６**たん吸引等研修（特定の者対象）実地研修に係る同意書**　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、喀痰吸引等研修（特定の者対象）実地研修の実施に同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 喀痰吸引等（特定行為）の種別 | １．口腔内のたん吸引２．鼻腔内のたん吸引３．気管カニューレ内部のたん吸引４．胃ろうによる経管栄養５．腸ろうによる経管栄養６．経鼻経管栄養 |
| 実地研修の期間 | 　　年　　月　　日　　　～　　　　年　　月　　日 |
| 連携体制 | 実施する事業所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連携する看護職員等の事業所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 指導看護師氏名 |  |
| 担当医師の医療機関等 | 医療機関名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代行者氏名　 　 　　　　　　　　　　印本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称 　　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　事業所住所　 　 　　 　　　　　　　代表者名　　 　　 　　　　　　　 印 |