|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |