

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