

同意書

先般、「秋田県介護職員等によるたん吸引等研修事業（実地研修）」について、施設長（管理者）から、研修目的や概要の説明を受け、当該施設において関係者間の医療連携及び安全管理体制の下に、実地研修が行われる事について理解しました。

秋田県が実施主体となる「秋田県介護職員等によるたん吸引等研修事業（実地研修）」において、私に対して、貴施設が認めた当該研修受講者が下記の行為を実施することを

・ 承諾します

・ 承諾しません

（該当する行為） ※該当する行為に○をつける

☐	口腔内のたん吸引
☐	鼻腔内のたん吸引
☐	気管カニューレ内部のたん吸引
☐	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

以上

記入日 年 月 日

法人名： _____

施設（事業所）名： _____

施設長（管理者）名： _____

利用者氏名： _____ 印

代理人・代筆者氏名： _____ 印

（本人との続き柄： _____）

※たんの吸引・経管栄養を受ける者が記名押印を行うことが困難な場合は、家族等の代筆者・代理人が記入し、記名押印を行って下さい。

※この承諾書は、施設が保管します。たんの吸引等を受ける者は、この写しを保管することとします。