

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。