

## 喀痰吸引等実地研修の実施に係る同意書

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、喀痰吸引等実地研修の実施に同意いたします。

喀痰吸引等実地研修の 種別 (該当に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
実施期間	令和     年     月     日    ~    令和     年     月     日
実施頻度	
提 供 体 制	施設・事業所名称 ----- 責任者氏名 ----- 担当者氏名 ----- 担当看護職員氏名 ----- 担当医師氏名 -----

同意日    令和    年    月    日

住    所 .....

氏    名 .....

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 .....

本人との関係（続柄） .....

施設・事業所名称

施設・事業所住所

代表者名

印

(写し) を提出してください