

介護職員による喀痰吸引等の実習に係る同意書

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一般財団法人 竹田健康財団 が実施する「介護職員等のたん吸引等研修（第三号研修）実地研修」における介護職員の実習について同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為） の種別	<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"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
提供を受ける頻度	週 日	
提 供 体 制	事業所名称	
	事業所責任者氏名	
	事業所担当者氏名	
	担当看護職員氏名	
	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
事業所住所
代表者名 印