

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		☐ 口腔内の喀痰吸引
		☐ 鼻腔内の喀痰吸引
		☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
		☐ 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
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 _____