

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る（実地研修）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、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の（実地研修）実施に同意いたします。

提供体制	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
	喀痰吸引等行う介護職員の氏名	
	研修開始年月日	年 月 日
	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