（別添様式２改変）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書**　　　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、喀痰吸引等研修（実地研修）の実施に同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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（滴下・半固形）腸ろうによる経管栄養経鼻経管栄養 |
| 研修予定期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 研修予定頻度 | 週　　回程度 |
| 　　　　　　　研修体制 | 研修受講者所属事業所名 |  |
| 事業所責任者氏名 |  |
| 事業所担当者氏名 |  |
| 指導看護師氏名 |  |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修機関名　　　社会福祉法人　りべるたす　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　千葉市中央区川戸町４６８番地1　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　伊藤　佳世子　　　 　　　　　　　　　　印 |