

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 リべるたす

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