

## 介護職員による喀痰吸引等の実施に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解しました。“特定非営利活動法人地域福祉サポートちた”が実施する「2022年度介護職員等のたん吸引等研修実地研修」における介護職員の実習について同意致します。

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	
提供を受ける期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
提供を受ける頻度		
提 供 体 制	研修受講者所属事業所名	
	責任者氏名	
	受講者氏名	
	指導看護師所属事業所名	
	看護師氏名	
	担当医師所属事業所名	
	医師氏名	

同意日 年 月 日

住 所 .....

氏 名 ..... 印

署名代理者

私は、本人に代わり署名致します。

代理人住所 .....

代理人氏名 ..... 印

本人との関係 .....

事業所名

住所

代表者名 ..... 印