（様式２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **喀痰吸引等研修（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（特定行為業務）  の実施に同意いたします。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 喀痰吸引等（特定行為）の種別  ※該当する行為に○をして下さい | | | １．口腔内の喀痰吸引  ２．鼻腔内の喀痰吸引  ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引  ４．胃ろうによる経管栄養  ５．腸ろうによる経管栄養  ６．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 | 研修受講者の事業所 | 事業所名称 |  | | 責任者氏名 |  | | 研修受講者氏名 |  | | 連携する指導看護師等の事業所 | 事業所名称 |  | | 責任者氏名 |  | | 担当指導看護師等氏名 |  | | 担当医師の  医療機関等 | 医療機関名称 |  | | 代表者氏名 |  | | 担当医師氏名 |  |   同意日 　　　　年　　月　　日  　　　　　　利用者  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 |