（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　　　　　　　　　　　　　　　　 |