喀痰吸引等研修（第二号研修）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、下記受講生が、喀痰吸引等研修（第二号研修）の実地研修のために、指導看護師の指導の下、私に対し下記の行為を行うことを同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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
* 胃ろうによる経管栄養
* 腸ろうによる経管栄養
 |
| 実地研修　実施期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 実地研修　実施頻度 |  |
| 実　施　体　制 | 受講生氏名 |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所住所 |  |
| 事業所責任者氏名 |  |
| 指導看護師氏名 |  |
| 担当医師氏名 |  |

同意日　　令和　　 　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