

喀痰吸引等研修 実地研修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 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 管理者の責任の下、研修期間を延長する際は関係者に同意を得て延長することができるものとする										
提供を受ける頻度											
提 供 体 制	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">事業所名称</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">事業所責任者氏名</td><td></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">事業所担当者氏名</td><td></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">担当看護職員氏名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">担当医師氏名</td><td></td></tr> </table>	事業所名称		事業所責任者氏名		事業所担当者氏名		担当看護職員氏名		担当医師氏名	
事業所名称											
事業所責任者氏名											
事業所担当者氏名											
担当看護職員氏名											
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

事業所名
 事業所住所
 代表者名 印