喀痰吸引等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、喀痰吸引等実地研修の実施に関して同意いたします。

実施を受ける喀痰吸引等（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
実施を受ける期間		年　月　日　～　年　月　日
実施を受ける頻度		
実施体制	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